TOM II. STYCZEŃ—CZERWIEC 1925 R. ZESZYT 1—2.

Polski Przegląd Oto-Laryngologiczny

ORGAN POLSKIEGO T-WA OTO-LARYNGOLOGICZNEGO

WYCHODZI ZESZYTAMI RAZ NA KWARTAŁ POD REDAKCJĄ:

Prof. ZALEWSKIEGO (Lwów). D-ra LASKIEWICZA (Poznań), Prof. SZMURŁY (Wilno), D-ra CZAPLICKIEGO (Łódź), D-ra GURANOWSKIEGO, i D-ra PIENIĄŻKA (Warszawa).

Redaktor Naczelny: Dr L. GURANOWSKI.
Wydawca: Dr W. SZUMLAŃSKI.
Sekretarz redakcji: Dr B. KARBOWSKI.

Adres Redakcji i Administracji: Miodowa 7, m. 3. Telefon 37-92.
Konto P. K. O. № 5033.
Cena pojedyńczego zeszytu 3 złote.
„ podwójnego „ 6 zł.

Rękopisy nadesłane do Redakcji muszą być odbite na maszynie.

DROBNER

Sp. Akc.

KRAKÓW WARSZAWA

Narzędzia lekarskie. — Przyrządy laboratoryjne.

LAMPY KWARCOWE — MIKROSKOPY.

„MOTOFER"

„M O T O R"

Łatwo przyswajalny roztwór żelaza.

Dla dzieci, dorosłych, starców i rekonwalescentów.

Fabryka Narzędzi Chirurgicznych

HIPOLIT AMBER

WARSZAWA,

Skład i Biuro Marszałkowska 139. Telefon 230-23. Fabryka Wronia 24.

Poleca po cenach przystępnych wszelkie narzędzia lekarskie: strzykawki, igły i t. p. Reparacja, ostrzenie i niklowanie narzędzi. — Naprawa strzykawek Record.

Lampy Solux orygin. Hanau wedł. Oekena i Cemacha.

ARGOCOL KLAWE

Związek koloidalny, zawierający 20% srebra metalicznego. Najtrwalszy ze związków srebrowych, wybitnie hamujący rozwój zarazków, bezwzględnie niedrażniący nawet w najsilniejszych stężeniach. Wskazania: zakażenia miejscowe i ogólne.

Nadaje się do leczenia chorób nosa, gardzieli, krtani i ucha w postaci 5 — 10% pędzlowań, wlewań, maści i wziewań.

BROSZURA NA ŻĄDANIE.

TOM II STYCZEŃ-CZERWIEC 1925 r. ZESZYT 1 i 2

POLSKI PRZEGLĄD OTO-LARYNGOLOGICZNY

Biblioteka Jagiellońska

PRACE ORYGINALNE

W sprawie wyłuszczenia migdałków podniebiennych.

podał

D-r M. KOENIGSTEIN.

(Odczyt wygłoszony na III. Zjeździe Oto-Laryngologów w Warszawie.

Myśl o doszczętnym wyłuszczeniu migdałków podniebiennych oddawna kiełkowała w Europie, lecz sam zabieg nie był systematycznie stosowany aż do końca pierwszego dziesięciolecia wieku bieżącego, kiedy to w Niemczech Hoppmann i Winkler zaczęli tę metodę stosować. Lekarze amerykańscy już oddawna wyłuszczali migdałki, za nimi kroczyli anglicy i prawie jednocześnie z niemcami zaczęli pisać nasi lekarze o nowej metodzie. Już w 1902 roku Srebrny demonstrował przypadek wyłuszczenia migdałka. Około 1909 roku ukazuje się w polskiej literaturze praca Erbricha.

Jeszcze przed 20-tu, 30-tu laty można było u nas tu i owdzie spotykać pacjentów z częściowo lub całkowicie wyłuszczonym migdałkiem, lecz były to zabiegi, że tak powiemy, przygodne, przypadkowe. O ile migdałek nie był mocno zrośnięty z łukiem i luźno siedział w łożysku, to po oddzieleniu od łuków usuwało go się „gorącą" pętlą i w ten sposób często był dokonywany zabieg całkowitego wyłuszczenia. Lecz powtarzamy — nie było tu systemu i nie było dokładnych wskazań, a w literaturze ojczystej nie było klinicznych obserwacji. Wskazania do wyłuszczenie migdałków podzielić można na: miejscowe i ogólne. Z miejscowych na pierwszym miejscu wspomnieć należy o rop-

niu okołomigdałkowym. Przy często powtarzających się ropniach, wikłających zazwyczaj ostre zapalenie migdałków, jedyną drogą zapobiegającą nawrotom cierpienia jest całkowite wyłuszczenie migdałka. Już dawniej sądzono, że wystarczy usunąć górny biegun migdałka, by zapobiec nawrotom ropnia; tymczasem doświadczenie uczy, że między pozostałą częścią migdałka a tkanką okołomigdałkową utworzyć się może ropień przedni lub tylny. Często powtarzające się zapalenie mieszkowe migdałków bez powikłań lub powikłane zapaleniem ucha, stawów, wsierdzia lub nerek, bóle gardła i przykre sensacje subjektywne, wywołane przewlekłem zapaleniem migdałków, cuchnące czopy w mieszkach rozszerzonych i dochodzące nieraz do łożyska migdałka, z bólami w stawach i obrzmieniem gruczołów sąsiednich na szyji, częste nieżyty uszu i ropienia powstałe wskutek ucisku na trąbkę Eustachjusza głęboko siedzących w łożysku otorbionych migdałków — oto cierpienia, które skłaniają nas do doszczętnego wyłuszczenia migdałka. Wreszcie migdałek płaski, mocno zrośnięty z łukami i wklinowany do łożyska, dający często powód do objawów klinicznych musi być z natury rzeczy całkowicie wyeliminowany. Powtarzające się zapalenia i podrażnienia ślepej kiszki, nerek i miedniczek nerkowych, wsierdzia i stawów — pochodzenia migdałkowego służą za wskazanie do zabiegu. Wreszcie wspomnieć należy o gruźlicy migdałka w początkowym okresie, twardym wrzodzie, początkowym okresie mięsaka migdałka bez porażenia gruczołów. Sam przerost migdałka bez zrostów, bez skłonności do stanów nawrotowo-zapalnych, o ile mechanicznie przeszkadza prawidłowej czynności oddychania, nie wymaga wyłuszczenia, lecz wystarczającego w tych razach wycięcia. Tu w tem miejscu chciałbym podkreślić fakt, który nie zawsze bywa brany w rachubę przy stawianiu wskazań do zabiegu. Mam na myśli rzucający się w oczy przerost migdałków bez jakichkolwiekbądź skarg podmiotowych i bez jakichkolwiekbądź objawów przedmiotowych z wyjątkiem samego przerostu, jako takiego. W tych razach zdarza się, że internista lub pedjatra kwalifikuje chorego do operacji, a laryngolog, jako wykonawca, postępuje według wskazań kolegi. Tego rodzaju zabiegi są przeciwwskazane, tak z punktu widzenia lekarskiego, jak i etycznego, gdyż operując bezkrytycznie pozbawiamy człowieka zdrowego organu, którego czynności dokła-

dnie dotychczas nie znamy, narażamy chorego na zabieg krwawy niezawsze obojętny, a gdy stan operowanego po zabiegu wcale nie poprawia się dyskredytujemy zaufanie ogółu do medycyny i do lekarza. Nieraz wyciskając z migdałka jakiś niewinny czop, o istnieniu którego chory nie wiedział i który nigdy żadnej dolegliwości mu nie robił, powinniśmy być dalecy od myśli o zabiegu operacyjnym. Ciężkie wypadki anginae Vincenti, nie poddające się leczeniu zachowawczemu, względnie nie dające wyniku po dożylnym stosowaniu salvarsanu, wymagają doszczętnego wyłuszczenia. Przewlekłe ropienia migdałków i okołomigdałkowe, którym towarzyszy przykry odór z ust, bóle gardła nieokreślonego pochodzenia z bólami stawów lub bez bólów, powtarzające się, pomimo dokonanej adeno-tonsillotomii, nieżyty trąbek Eustachjusza — wymagają również doszczętnego wyłuszczenia.

Za przeciwskazanie uważamy ogólne wycieńczenie chorego, skłonności do skazy krwotocznej, niewyrównane wady zastawkowe i cierpienia nerek, nie mające związku z przebytym zapaleniem migdałków, wreszcie ostre stany zapalne gardzieli i tkanek sąsiednich. U kobiet unikamy zabiegów w czasie miesiączkowania.

Na specjalne omówienie zasługuje sprawa wyłuszczenia migdałków u dzieci. Często powtarzające się zapalenia gardzieli, powikłane sprawą stawową i wsierdzia, częste zapalenia ucha wskutek wyrośli ademoidalnych i przerostu migdałków, któremu towarzyszą częste anginy bez względu na okres życia dziecka, skłaniającą nas do zabiegu doszczętnego. Niektórzy kontentują się w tych razach wycięciem migdałków, wychodząc z założenia, że trudno sobie radzić z krwawieniem po wyłuszczeniu. Pogląd taki należołoby jednak zwalczać. Jeżeli dwuletnie lub trzyletnie dziecko często zapada na gardło i zachodzi obawa o stan jego serca winniśmy zalecić wyłuszczenie migdałków. Jak jednak wykonać wyłuszczenie u 3-letniego dziecka? Często słyszymy zdanie, że małe dzieci w razie koniecznej potrzeby operujemy narzędziem Sluder'a. Cóż jednak mamy robić, jeżeli u tegoż 3-letniego dziecka migdałki są płaskie, zrośnięte z łukami i wklinowane bliznowato po przebytych częstych zapaleniach do łożyska? Nie możemy liczyć w tych razach na znieczulenie miejscowe, musimy więc dziecko uśpić o tyle, by zachowało odruchy;

wtedy tylko możemy wykonać lege artis wyłuszczenie; skontrolować parę razy ranę, względnie wytamponować i w razie potrzeby nałożyć szew. Operowałem kilkanaścioro dzieci od 2 do 5 lat z bardzo dobrym wynikiem. Dzieci te, które obserwuję od lat kilku nie chorują na gardło i prawidłowo rozwijają się. Najmłodszy mój pacjent liczy dwa i pół roku. Tu muszę zaznaczyć, że tylko dokładna technika, a więc usunięcie całego migdałka i wyrośli adenoidalnych w większości wypadków chroni dziecko od nawrotów zapalenia. Te zaś nieliczne przypadki, w których zapalenie gardła bywa umiejscowione na wysepkach tkanki chłonnej, rozsianej na tylnej lub bocznej ścianie gardzieli, w rachubę nie wchodzą. U niektórych bardzo spokojnych dzieci, gdy migdałek wystaje z poza łuków, możemy się obejść bez uśpienia, gdyż zabieg wyłuszczenia w tych razach nie o wiele bywa boleśniejszy od zwykłego wycięcia i dłużej nie trwa. Wyciągnąwszy migdałek do linji środkowej, szybko oddzielamy go od łuków i usuwamy pętlą. W przypadkach, gdzie mamy do czynienia z mocnymi zrostami po przebytych stanach zapalnych i ropniach, gdzie tkanka migdałkowa jest twarda, bliznowata — bez uśpienia u dzieci obejść się nie można.

Celem znieczulenia miejscowego stosujemy $^1/_2\%$. roztwór novocainy z dodatkiem lub bez dodatku adrenaliny po uprzedniem dokładnem znieczuleniu 10 proc. cocainą nasady języka i tylnej ściany gardzieli. Niektórzy zastrzykują novocainę do tylnej ściany gardzieli w celu zniesienia odruchów. Zastrzykiwanie odbywa się poprzez przedni łuk lub ukośnie nazewnątrz pomiędzy migdałkiem a łukiem w ten sposób, by płyn dostał się do łożyska migdałka. Migdałek w tych razach zostaje wypchnięty do linji środkowej. Czasem wypada podczas zastrzykiwania płynu znieczulającego wyciągnąć migdałek ku linji środkowej. Nieznaczne bicie serca i uczucie niepokoju, które towarzyszą zwykle pierwszym zastrzyknięciom, szybko mijają i po upływie 6 do 10 minut możemy już operować bez znaczniejszych bólów.

George Wood*) sądzi, że głębokie wkłuwanie igły wywołać może zakażenie w okolicy podniebienia w postaci odczynu miejscowego. Przy przekłuciu m. constrict. super. w fossa pharyngo — maxillaris zakażenie może dojść wzdłuż tętnicy

*) Annal. of Oto-rhin, a. lar. T. 31, Nr. 14. 1922.

sennej do śródpiersia. W dostępnej mi europejskiej literaturze nic znalazłem ani jednego podobnego przypadku, osobiście zaś na pokaźną liczbę wykonanych wyłuszczeń podobnego powikłania nie spostrzegałem. Jak operować? Czy na tępo, czy ostremi narzędziami? Byli tacy, co całą operację wykonywali palcem.

Neumann z Wiednia podczas swojej wycieczki naukowej do Ameryki widział u jednego z laryngologów dwa duże słoje, napełnione migdałkami, wyłuszczonymi za pomocą palca. Jeżeli nawet tak było, to należy przypuszczać, że były to migdałki duże bez zrostów, i że najprawdopodobniej jednak nie obeszło się bez noża. Zależnie od przypadku posługujemy się tępem lub ostrem narzędziem. Jeżeli chodzi o krwawienie, które rozmaici autorowie kładą na karb używania ostrych narzędzi, to należy się zastrzec z góry, iż należy to bardziej od budowy anatomicznej migdałka, od jego unaczynienia, od ogólnego stanu chorego. Halle, który, nawiasem mówiąc, pięknie i dokładnie operuje, chwyta kleszczykami każdy skrawek błony śluzowej, gdzie podejrzewa przebiegające naczynie, i skręca je po 7—8 razy. Posługuje się on nożem i elewatorjum. Nieraz byłem obecny przy operacjach Halle'go i nie mogę powiedzieć, by cały przebieg operacji był bezkrwawy. Kmita preparuje migdałek na tępo, wyciąga go ad maximum, by pasemka łącznotkankowe rozciągnąć jaknajdłużej i też pasemka przypala żegadłem na samej otoczce migdałka. Sam migdałek wyciągamy do linji środkowej haczykowatemi kleszczykami lub za pomocą grubej ligatury, stosowanej przez Erbricha. Przebieg pooperacyjny zależy od budowy anatomicznej migdałka, od zrostów i od techniki operacyjnej. W przypadkach, gdzie łuki nie zostały uszkodzone, gdzie wraz z migdałkiem nie zostały usunięte oddzielne włókna mięśniowe, odczyn pooperacyjny jest mniejszy, bóle łagodniejsze. Najboleśniej odczuwają chorzy łykanie w ciągu pierwszych trzech dni po operacji, wskutek obrzęku języczka i łuków. Przeciwko bólom stosujemy lód w rozmaitych postaciach lub wdmuchujemy do rany anestezynę. Widywałem kilkakrotnie porażenie pooperacyjne miękiego podniebienia z mową nosową i wracaniem płynów przez nos w ciągu jednego do dwóch dni.

Ośmioletnia dziewczynka, po przebytej przed 4 laty tonsillotomii i po wielokrotnych przebytych ropniach okołomigdałkowych, miała tak silne zrosty bliznowate, iż cały zabieg z jed-

nej strony zmuszony byłem wykonać za pomocą nożyczek i noża. Po operacji w ciągu dwóch dni płyny wracały nosem, a podniebienie porażone, naciągnięte jak żagiel, nie wykonywała żadnych ruchów. Mowa nosowa u tej dziewczyki trwała 10 dni.

Niektórzy operatorowie nie troszczą się o dokładne usunięcie dolnego bieguna migdałka, pozostawiając często nieznaczną część, połączoną z migdałkiem językowym. Doświadczenie jednak uczy, iż niedokładne całkowite usunięcie migdałka prowadzi do nawrotów i nie daje przewidzianych wyników. Często słyszymy zdanie, iż dokładnie wykonane wyłuszczenie daje mniejsze krwawienie, niż wycięcie migdałków.

Kto jednak operuje dużemi cyframi i śledzi za odnośną literaturą, ten przyznać musi, że tak nie jest. Przedewszystkiem mamy do czynienia z tętnicą migdałkową (a. tonsillaris) i jej rozgałęzieniem, z gałązkami odchodzącemi od a. lingualis i a. maxillaris externa, nie mówiąc już o całym szeregu malutkich tętniczek i żyłek, które w zależności od ogólnych i miejscowych przyczyn rozmaicie się kurczą. Pamiętać należy o najdokładniejszej hemostazie. Tętniące naczynia chwytamy kleszczykami, podwiązujemy, obkłuwamy lub skręcamy. Nie należy liczyć na to, że krwawienie ustanie „samo przez się“. Prowadzi to do anemji wskutek łykania przez chorego znacznej ilości krwi, lub tworzy się skrzep, pod którym zazwyczaj sączy się krew z naczynia. To też pamiętać należy o starym prawidle w chirurgji, że ucisk, ligatura i szew prowadzą do celu.*)

Pierwszy Luc stosował zeszycie łuków nad tamponem natychmiast po zabiegu w celu zapobieżenia krwotokom wtórnym. Lautenschläger zeszywa łuki, wkuwając igłę w łożysko migdałka. Fabry w 20-u przypadkach zeszywał u dołu łuki nad tamponem. Autor ten zapewnia, że przy tym sposobie zeszywania łuków bóle przy łykaniu są znacznie mniejsze.

Na zasadzie osobistego doświadczenia nie mogę podzielić tego zdania. Frey z Wiednia radzi wprowadzać do rany gazę stryfonową (gazę nasyconą wyciągiem z nadnerczy — adrenalonem). U niektórych chorych przy głębokiej jamie pooperacyjnej tampony trzymają się 1, 2 dni bez zeszycia łuków. Gdy na-

---

*) Koenigstein. O krwotokach pooper. górnego odcinka dróg oddechowych. Medycyna 1915 r.

zajutrz rana pooperacyjna pokryje się szarym strupem, niema na razie obawy krwawienia, nieraz jednak w kilka dni później może nastąpić krwawienie. Znane są przypadki w literaturze, gdzie w późniejszym okresie zdarzały się krwotoki wtórne i to dość silne, gdzie należało podwiązać tętnicę senną. Kofler operował przypadek, w którym po wyłuszczeniu utworzył się duży krwawy guz w gardzieli, (haematoma) z którego sączyła się krew. K. zamierzał podwiązać senną tętnicę, lecz przypadek skończył się pomyślnie. Pál Kepes*) widział po wyłuszczeniu hematomat miękiego podniebienia, który się wessał po 10 dniach. W innym przypadku tenże autor spostrzegał hematomat miękiego podniebienia, języczka i przedniego łuku oraz duże siniaki na główce fibulae. Czwartego dnia nastąpił silny krwotok nosowy. Po czternastu dniach ustąpiły wszystkie objawy. Nie tak rzadkie są przypadki podwiązywania tętnicy szyjowej, a nawet przypadki śmierci wskutek krwotoków. W amerykańskiej literaturze jest sporo takich przypadków, nie brak ich i w europejskiej, a należy przypuszczać, iż w rzeczywistości liczba tych przypadków jest większa, albowiem nie wszystkie są ogłaszane. O ile zabieg ten wykonywany dokładnie, przy odpowiednich wskazaniach daje pomyślne wyniki dla chorego, o tyle jednak niewielki ten na pozór zabieg należy traktować poważnie i wykonywać w warunkach szpitalnych.

Leczenie pooperacyjne trwa zwykle do 12—14 dni. Ranę co drugi dzień pendzlujemy 5 proc. roztworem saletrzanu srebra lub jodyną, oddzielne wysepki ziarniny przypalamy lapisem. W celu uniknięcia zrostu łuków niektórzy wkładają tampon do łożyska, a Trautmann nawet zaproponował plastykę. Jeżeli nie mamy do czynienia ze śpiewakami, u których wogóle należy być ostrożnym z tym zabiegiem, to zrost łuków nie wywołuje żadnych zaburzeń. Chodzi tylko o to, by nic nie pozostało z samego migdałka pomiędzy łukami. Od czasu, gdy widywałem stany zapalne z objawami ostrej anginy na pozostałych częściach migdałka u dołu, staram się usuwać jaknajradykalniej wszystko. Gdy się obserwuje przez czas dłuższy znaczną liczbę operowanych przypadków, to stwierdzić można dwa fakty; jeśli z migdałka nie pozostało nic ani u góry, ani u dołu, to zapalenie gardzieli

*) Centr. f. Hals Nasenn. Ohrenp. T. IV. Z. 5, str. 170.

należy do wielkich rzedkości. Wyjątek stanowią chorzy z wybitnymi objawami pharyngitidis lateralis et granulosae, u których stan zapalny z wysiękiem bywa umiejscowiony na śluzówce tylnej i bocznej ściany, obfitującej w tkankę adenoidalną. Nieraz spotrzegać można ostry ból gardła, wskutek przekrwienia łuków bez podniesienia ciepłoty ciała. O ile nie został usunięty dolny biegun migdałka, to pozostałość ta posłużyć może za punkt wyjścia stanu zapalnego.

Szesnastoletni chłopiec z nabytą po zapaleniu mieszkowem migdałków wadą serca był operowany w Berlinie przez jednego z wybitnych lekarzy. Przy badaniu widać z lewej strony rozległą bliznę w postaci zrośniętych łuków, z prawej zaś strony między bliznowato zmienionymi łukami sterczy kawałek migdałka u dołu. Tylna ściana gardzieli w stanie zaniku, migdałek językowy nie powiększony, migdałek gardzielowy usunięty doszczętnie. Co parę tygodni chłopiec zapada na ból gardła z prawej strony, któremu towarzyszą gorączka, bicie serca i ogólne osłabienie. Po znieczuleniu miejscowem odpreparowałem pomiędzy łukami u dołu spory kawałek aż do migdałka językowego. Od roku pacjent ani razu nie zapadł na gardło. Stan serca poprawił się o tyle, że lepiej daleko chodzi, nie męczy się i nie doznaje bicia serca, które go często przedtem nawiedzało.

Niektórzy autorowie opisują jednak rzekome nawroty, polegające na regeneracji tkanki adenoidalnej między łukami. Rzekomy taki migdałek nie posiada jednak mieszków, gdzie gromadziłyby się czopy, mogące służyć za punkt wyjścia zakażenia.

F r e u d e n t a l W o l f znalazł u 16-letniej panny po wyłuszczeniu migdałków sporą ilość tkanki adenoidalnej w górnej części łożyska. Badanie krwi u tej chorej wykazało średnią leukocytozę. Inni autorowie amerykańscy przytaczają podobne przypadki.*) Między innymi C h a r l e s W. R i c h a r d s o n na Kongresie w Waszyngtonie w 1923 roku**) ogłosił przypadki, w których po najdokładniejszem wyłuszczeniu utworzyły się złogi tkanki adenoidalnej, wielkości migdałka. Tkanka ta może mieć za punkt wyjścia boczne ściany gardzieli, boczne brzegi migdałka językowego lub okolicę migdałka gardzielowego. Są

*) Laryngoscop T. 33, Nr. 3. 1923.

**) Centralbl. f. Ohrenh. u. s. w. T. 3. Z. 8. 1923.

to jednak przypadki rzadkie. Przy nadmiernym bujaniu ziarniny w ranie pooperacyjnej może dojść do pewnego rodzaju nawrotu, zwłaszcza, jeżeli leczenie pooperacyjne było niedostateczne. Obserwowałem przypadek, w którym w miesiąc po operacji utworzył się wał poprzez tylny łuk między boczną ścianą gardzieli, a dawnym łożyskiem migdałka. Tkankę tę zmuszony byłem zniszczyć za pomocą żegadła elektrycznego. Jest rzeczą możliwą, że lekkie uszkodzenie tylnego łuku dało bodźca w tym przypadku do bujania tkanki. Z powikłań po wyłuszczeniu migdałka, abstrahując od krwotoków wtórnych, sporadycznych przypadków ogólnego zakażenia wspomnieć należy: uczucie suchości gardzieli wskutek zranienia nerwów, zapalenie płuc zachłystowe, obrzęk głośni i ropień tylnej ściany krtani w dwa tygodnie po operacji.***) Oppikofer na 500 zabiegów widział 4 ciężkie krwotoki, które jednak opanował, oraz 4 ropnie szyji. Simon Stein widział po zabiegu emfizemat podskórny na piersiach i na karku. W amerykańskiej literaturze opisane są ropnie płuc po zabiegu, wykonanym w uśpieniu.

U 18-letniej panny obserwowałem po zabiegu niemotę histeryczną, która trwała 24 godziny. U 12 letniej dziewczynki po zastosowaniu uciskadła na 12 godzin nastąpiła zgorzel skóry i w rezultacie szpetna blizna. U 20 letniej panny po wyłuszczeniu powstał spory obrzęk na szyji, bardzo bolesny na dotyk, który trwał przeszło tydzień. Sprawie zapalnej towarzyszyła gorączka, dochodząca do 38 — 39°. W przypadku tym wraz z migdałkiem usunięte zostały włókna mięśniowe.

Obserwując stale 35 przypadków, gdzie wyłuszczyłem migdałki przed 12 laty, skonstatować mogę co następuje: z 14 pacjentów, których operowałem z powodu ropni ani jeden na ropień nie zapadł; z tychże 14-tu jeden dwa racy przechodził zapalenie gardzieli, umiejscowione na tylnej ścianie i tylnych łukach z szarawym punkcikowatym wysiękiem. Z pozostałych 21 pacjentów u trzech dotkniętych wadami serca, stan tego ostatniego poprawił się znakomicie. Z pozostałych 18-tu dwaj miewają raz na rok zapalenie gardła, umiejscowione w jamie nosogardzielowej, na tylnej ścianie i na miękim podniebieniu.

***) James King Internat. Journal of Surgery. T. 36, Nr. 4. r. 1923 ref. w Centralbl. f. Ohrenh. T. 4. Z. I. 1923 r.

Na ogół rzec można, iż zabieg ten jest dobroczynnym w swych skutkach. Należy trzymać się ścisłych wskazań do jego wykonania, duże znaczenie mają dokładna technika i warunki, w jakich wykonywa się zabieg. Dzieci małe operujemy w półuśpieniu ogólnym, w wyjątkowych razach przy migdałkach wystających — bez uśpienia. Po całkowitem wyłuszczeniu migdałków chorzy daleko rzadziej zapadają na ostre sprawy gardzieli, a na ropnie gardzieli nigdy nie zapadają. Pomimo najradykalniejszego wyłuszczenia możliwe są pewnego rodzaju nawroty. Krwawienia w czasie operacji i wtórne zależą nie od narzędzia, którymi się operuje, lecz od warunków anatomicznych i techniki operacyjnej.

Na czym polega skuteczne stosowanie metody suchej

przy powikłaniach kostnych w przebiegu zapalenia ropnego ucha środkowego

podał

D-r DYONIZY HELLIN,

profesor Wolnej Wszechnicy Polskiej.

Pomyślne skutki leczenia za pomocą proszków zapaleń ropnych ucha środkowego nietylko przy sprawach śluzówkowych, lecz nawet przy powikłaniach kostnych, mimowoli nasuwają pytanie: czemu przypisać należy to działanie i dlaczego proszki te nie odnoszą skutku przy ropniach kostnych w innych częściach układu kostnego.

Stosowanie proszków, a przedewszystkiem kwasu borowego, zapoczątkowane zostało przez Bezolda w owym czasie, gdy panowała teorja antyseptyki Listera. Mniemano, że ropienie da się usunąć za pomocą środków odkażających. Ponieważ jodoform, stosowany w uchu, mógłby wywołać wyprysk lub zatrucie, miał go zastąpić proszek borowy, niejako „jodoformen miniature". Że jednak znaczenie proszków tych w sprawach rop-

nych ucha środkowego nie polega na ich działaniu odkażającym, widać z tego, iż zastosowane w stanie płynnym nie dają tych wyników dodatnich, jakie widzimy przy stosowaniu ich w stanie stałym. Praktyka dowiodła, że wogóle płyny, o ile nie posiadają własności wodochłonnych, wywierają wpływ ujemny w sprawie, o której mowa. Jeśli przy przedziurawieniu suchym błony bębenkowej, woda, nawet w minimalnej ilości, dostanie się do jamy bębenkowej, powstają często nawroty przebytego ropnego zapalenia ucha środkowego. Początkowo mniemano, że dzieje się to za sprawą znajdujących się w wodzie bakterji. Doświadczenie jednak wykazało, że zapalenie takie wywołać może nawet woda wyjałowiona. U płodów często spotykamy zapalenie ucha środkowego wskutek aspiracji do jamy bębenkowej wody płodowej, a zatem płynu jałowego, który w danym wypadku działa jako ciało obce. A więc ucho środkowe nie nadaje się do leczenia za pomocą środków płynnych. Natomiast nie da się zaprzeczyć dobroczynny wpływ proszków. Wpływ ten, jak widzieliśmy zawdzięczamy nie własnościom odkażającym, a jedynie zdolności wysuszania, ujawniającego się w postaci twardych złogów, zawierających proszek wraz z zeschniętą ropą. Zarzut, że ropnie ucha środkowego goją się niekiedy same przez się bez proszków, a więc post hoc non propter hoc, upada wobec ilości procentowej wyleczeń na tej drodze, zwłaszcza zaś wobec tego, że zadawnione, nawet lat kilkanaście trwające ropienia, znikają często już po jednokrotnym zastosowaniu proszku. Skutku takiego nigdy nie spostrzegamy przy stosowaniu płynów. Błędne jest przeto zalecanie, przy leczeniu ropnych zapaleń ucha środkowego, kropli, złożonych z wyskoku, gliceryny i wodnego roztworu kwasu borowego. Alkohol bowiem i gliceryna działają tu wysuszająco, a nie odkażająco i mają za cel wchłonienie płynu, znajdującego się w jamie bębenkowej, dodatek zaś wody z rozpuszczonym w niej kwasem borowym niweczy działanie w tym kierunku wyskoku i gliceryny zarówno jak i samego kwasu borowego. To samo stosuje się do nadtlenku wodoru, który tu działa jedynie jako środek odwaniający, przeciwdziałający rozkładowi ropy. Jeśli ma on być stosowany, to li tylko pod warunkiem osuszania ucha wacikami po przemyciu go; oddawanie zaś tego skądinąd bardzo pożytecznego leku, jak to się często dzieje, w ręce chorego do użytku domowego, jest wprost

szkodliwe, albowiem chory nie może sam, jak należy, osuszyć ucho.

Zrozumiałe jest przeto działanie proszku w sprawach ropnych błony śluzowej. Jak jednak można wytłomaczyć sobie działanie proszków w procesach kostnych ucha środkowego, tudzież dlaczego proszki te pozostają bez wpływu w sprawach kostnych innych części kośćca?

By to zrozumieć, zwrócić się musimy do embrjologji i anatomji porównawczej, które rzucą światło na różnice, zachodzące w budowie, a także na różnice w zmianach anatomo-patologicznych pomiędzy kością skroniową z jednej a innemi kośćmi z drugiej strony.

Jama bębenkowa wraz z jej jamą dodatkową t. j. sutkową, zarówno jak i jamy dodatkowe nosa, stanowią jeden układ próżni dokoła przodo — i śródmózgowia. Posiadają one wspólne pochodzenie i powstają dopiero w późniejszych okresach zarodkowych drogą „pneumatyzacji" t. j. przez wchłanianie masy kostnej przy pomocy komórek kościogubnych (osteoklastów Köllickera). Proces pneumatyzacji zaczyna się od płazów (krokodyle). Większość ziemnowodnych (prócz żab) nie posiada jamy bębenkowej. U dzieci i małp niższych jamy dodatkowe nosa nie są rozwinięte. Słoń ma olbrzymią jamę czołową. Zatoka szczękowa pierwsza ze wszystkich zaczyna się tworzyć, najpóźniej zaś kończy swój rozwój. Jest to t. zw. prawo retardacji czyli prolongacji (jako objaw „kainogenezy"), prawo, często występujące w rozwoju zarodkowym, szczególnie przez E. Mehnerta, w szeregu prac, badane. Za dowód wspólnego pochodzenia jamy bębenkowej i jam dodatkowych nosa służy ta okoliczność, że jama klinowa u gryzoniów, owadożernych i torbaczy stanowi tylko zatokę dodatkową jamy bębenkowej.

Powstając prawie jednocześnie w jednym mniej więcej miejscu, w sposób jednakowy się rozwijając, jamy te, doszedłszy do ostatecznego rozwoju, ujawniają również nadzwyczaj wielkie podobieństwo w budowie. Okrywa je okostna — cienka błona, której powierzchnia zewnętrzna posiada właściwości błony śluzowej.

Ta to właśnie okoliczność stanowi wspólną i zasadniczą cechę wszystkich wyżej wzmiankowanych jam kostnych, cechę, odróżniającą je od innych kości. (Na podstawie wspólnego po-

chodzenia i analogji w rozwoju, przypuszczać należy, że, na podobieństwo jamy bębenkowej, zatoki dodatkowe nosa mają też prawdopodobnie swe istotne przeznaczenie czynnościowe, jeśli nie bezpośrednio to przynajmniej pośrednio.)

Zachodzi więc zasadnicza różnica pomiędzy błoną, odziewającą kość w jamach powyżej oznaczonych, a okostną innych części układu kostnego. Tu, w jamach kostnych, choroba śluzówki, jako stanowiącej jedną całość z okostną, prowadzi do zaburzeń w okostnej, a przez to i do choroby kości, czego nie spotykamy nigdzie w organizmie. To też wystarczy usunąć chorobę śluzówki, by znieść szkodliwe jej działanie na okostną, a przez to i na kość. Praktyka potwierdza to: działając na śluzówkę proszkiem, osuszamy takową, uniemożliwiając przez to dostęp ropy, a zatem i szkodliwe działanie jej na okostną i kość.

Jednakowa budowa jam dodatkowych nosa i jamy bębenkowej czyni zrozumiałym, że również i w leczeniu ropni zatok bocznych nosa stosowanie proszków bardzo jest skuteczne, przynajmniej w zatoce szczękowej.

Różnica więc w budowie prawidłowej kości jam bębenkowych i jam dodatkowych nosa a kości innych terenów kośćca tłómaczy nam różnicę w działaniu środków, stosowanych przy ich ropieniu. Różnica ta stanie się jeszcze bardziej zrozumiała, gdy uprzytomnimy sobie nietylko budowę prawidłową, lecz i sprawę anatomo-patologiczną.

Wbrew rozpowszechnionemu mniemaniu, wbrew nazwie „sprawy karjetycznej", nie mamy tu do czynienia z rzeczywistym procesem próchnienia kości. Odbywa się tu raczej proces wchłaniania, rozrzedzania, „ostitis rareficiens", proces, występujący, jak o tem mówiliśmy, i normalnie przy rozwoju zarodkowym za pomocą komórek kościogubnych (osteoklastów), które w sprawach patologicznych noszą nazwę myeloplaxów, t. j. wielojądrowych komórek olbrzymich szpikowych. To naśladowanie procesu fizjologicznego owej pneumatyzacji prowadzi do tem łatwiejszego wydzielania się ropy przez mniej ścisłą już wtedy masę kostną, a więc jest dla ustroju pożyteczne. W tym też sensie — łatwiejszego wydzielania się ropy — działa usunięcie psujących się kostek słuchowych, albowiem wgłębienia stają się mniej zawiłe. Z chwilą ustania dopływu ropy do kości, ustaje

proces wchłaniania jej. Mamy więc w tych sprawach ropnych do czynienia tylko z miejscowym, jakby peptonizującym działaniem ropy, kończącym się z chwilą, gdy ropa znajdzie ujście albo drogą wytworzenia przetoki, albo za pomocą operacji lub przez usunięcie jej za pomocą leków (proszków).

W sprawach istotnie karjetycznych rzecz ma się zgoła odmiennie: cechą charakterystyczną caries jest postępujące niszczenie kości. Tu, np. w ostitis rareficiens tuberculosa, wyżej wzmiankowane leczenie nie usuwa wchłaniania masy kostnej. Stosunek ostitis rareficiens simplex do caries (np. przy ostitis rareficiens tuberculosa) przyrównać można do stosunku, zachodzącego między zapaleniem tkanki łącznej a wrzodem. Próchnienie istotne zachodzi tylko w chorobach zakaźnych, np. przy durze, płonicy, odrze, grużlicy, przymiocie, nadto przy cukrzycy. Tu reakcji na podrażnienie zapalne na błonie śluzowej często zgoła brak, niemasz bowiem w jamach kostnych ani nacieczenia drobnokomórkowego, ani obrzęku, ani ziarniny. Śluzówka ulega szybkiemu zniszczeniu, kość się obnaża, a pozbawiona tym sposobem naturalnych środków odżywiania — martwieje: powstają martwaki, masa kostna ulega tu zatem postępującemu zniszczeniu. To też tu proszki nie pomagają, jak nie pomagają w takich samych sprawach w jamach bocznych nosa, gdzie próchnienie kości, oprócz gruźlicy i przymiotu, zresztą do bardzo rzadko spostrzeganych przypadków należy. Skuteczne więc działanie proszków ma miejsce zatem tylko wtedy, gdy mamy do czynienia z chorobą śluzówki, nie zaś z istotną sprawą chorobną kości.

Gdy tylko ropa wydzieli się na zewnątrz, ustaje, w przeciwieństwie np. do ostitis rareficiens tuberculosa, działalność osteoklastów, które znikają, a na ich miejsce, a może nawet z nich powstałe, zjawiają się komórki kościotwórcze, osteobłasty, komórki o jednym dużym jądrze, wytwarzające z początku tkankę kostnawą a później kostną. To t. zw. restytucyjne, odczynowe zapalenie kości — ostitis interna osteoplastica, osteosclerosis — doprowadza wreszcie do przerostu, zagęszczenia nadmiernego kości; nowe masy kostne zapełniają miejsce komórek, poprzednio napełnionych powietrzem. Odbywa się tu proces odwrotny do tego, jaki na miejsce normalnie w rozwoju zarodkowym (t. j. do pneumatyzacji kości): tu z jam, poprzednio

powstałych z masy twardej, tworzy się znowu zwarta masa kostna. Że zapalenie rozrzedzające kości i nowotworzenie tkanki kostnej ma miejsce również i w jamach bocznych nosa, wykazał Hajek [1]). Błędnik należy do takich twardych tworów. Najdłużej też opiera się on działaniu niszczącemu ropy. Normalnie nie ulega on pneumatyzacji i twardość jego jest zjawiskiem pierwotnym, nie patologicznym. Lecz przy procesie otosklerozy (błędnie tak nazwanym) widzimy, że i tu, w błędniku, następuje pneumatyzacja czyli ten właśnie proces, który go ominął w stadjum zarodkowym.

Uogólniając całą sprawę, możemy powiedzieć, że w *kości skroniowej mamy do czynienia z ciągłą interwencja pneumatyzacji i eburnizacji, rozrzedzania i zagęszczania kości.* Te zasadnicze procesy odgrywają, jak z powyższego widzimy, pierwszorzędną rolę, zarówno w rozwoju normalnym, jak w sprawach patologicznych części składowych kości skroniowej.

Epizodycznie zaznaczyć tu należy, że ankiloza strzemiączka — jeden z objawów otosklerozy — stanowi u wielorybów zjawisko normalne, powstałe przy instalacji tych ssaków w środowisku wodnym, gwoli przystosowania się do nowych warunków: dzięki temu wieloryb w wodzie słyszy lepiej. I kto wie — jest to jednak tymczasem tylko przypuszczenie moje—czy i przy otosklerozie ankiloza strzemiączka nie jest raczej sprawą wtórną, obronną, reperacyjną, skutkiem a nie przyczyną upośledzenie słuchu. Na korzyść poglądu powyższego przemawia ta okoliczność, że przy otosklerozie spotykamy często zmiany w budowie kości błędnikowej, przy braku zmian w strzemiączku, lecz nie na odwrót. Z drugiej zaś strony rozrzedzenie kości w otosklerozie prowadzi do wytworzenia całego szeregu próżni, jamek dokoła ślimaka, i to jest, według mnie, przyczyną szmerów w otosklerozie.

Tak się przedstawia sprawa leczenia zapaleń ropnych ucha środkowego za pomocą proszków wysuszających. Sama przez się jakoby zrozumiała i jasna pozornie na pierwszy rzut oka, okazuje się ona bardzo zawiłą i powikłaną przy bliższym badaniu. Leczenie za pomocą proszków nie może mieć zastosowania

---

1) Archiv. f. Laryngologie, tom IV.

w procesach kostnych w innych dzielnicach układu kostnego. bo tam inna odbywa się sprawa — sprawa karjetyczna, podczas gdy tu mamy do czynienia tylko z procesem wchłaniania Można nawet śmiało powiedzieć, ż e w c a ł e j p a t o ł o g j i u k ł a d u k o s t n e g o n i e z n a j d u j e m y s p r a w y, w k t ó r e j z a c h o d z i ł a b y a n a l o g j a d o z m i a n, j a k i e w i d z i m y p r z y r o p n i a c h k o ś c i s k r o n i o w e j i w j a m a c h d o d a t k o w y c h n o s a Właściwie mówiąc, t. zw. procesy kostne w uchu środkowym, oprócz spraw zakaźnych, zatem i przedziurawienia obwodowe (brzeżne) błony bębenkowej, w tym i błony wiotkiej, są raczej chorobami błony śluzowej. Skoro proces w śluzówce się zagoi, goi się i proces w kości. Inny więc powinien tu być ze stanowiska anatomji patologicznej, nie mniej jednak i z punktu widzenia leczniczego, podział chorób ropnych ucha środkowego, niż przyjęty dotychczas. Tak zwane popularnie procesy karjetyczne w wyrostku sutkowym są właściwie tylko rzekomo karjetycznymi i powinny być zaliczone do zapaleń śluzówkowych, zaś do procesów właściwie karjetycznych zaliczyć należy procesy (istotnego) próchnienia przy chorobach zakaźnych. Powinniśmy więc odróżniać tu: 1) ropienia śluzówkowe z dwiema pododmianami· a) czysto śluzówkowe i b) z powikłaniem kostnym, 2) ropnie kostne istotnie karjetycznej natury. Podział ten tłómaczy nam, w jakich przypadkach i dlaczego leczenie proszkami wysuszającymi ze skutkiem stosowane być może. Sprawy, w których mamy do czynienia, z przedziurawieniem obwodowym błony bębenkowej, a więc sprawy, w których zajęta jest i kość, również skutecznie, przy umiejętnym stosowaniu proszków, jak tego dowodzi praktyka, leczą się tu tą drogą dlatego, że właściwie są to choroby śluzówki, a nie kości. Niesłuszne więc jest ogólnie rozpowszechnione mniemanie, że sprawy owe, naturalnie leczone pod kierunkiem odpowiednim lekarza, są trudniejsze do wyleczenia i więcej niebezpieczne, niż sprawy czysto śluzówkowe. Ropienie jest tu cierpieniem poważniejszym tylko ze względu na tworzenie się perlaków lub na niepomyślne położenie przedziurawienia pod względem odpływu ropy. W kostkach słuchowych, szczególnie w dłuższym wyrostku kowadełka, śluzówka jest bardzo cienka, łatwo więc stosunkowo następuje złe odżywianie kości. Powstające tą drogą niszczenie, zresztą dla organizmu tych

kostek może być ze względu na lepszy odpływ ropy korzystne. W tym niszczeniu kości, z chwilą gdy śluzówka ulega znacznym zmianom i ustaniu niszczenia z chwilą wygojenia się ropienia śluzówki, tkwi również dowód, że istota sprawy toczy się w śluzówce, a nie w kości. Jako dowód znaczenia zmian w śluzówce służy i ta okoliczność, że kostki słuchowe, w których z powodu cienkości śluzówki, bardzo łatwo o zaburzenia w odżywianiu, nader często ulegają wchłanianiu, podczas gdy w innych częściach kości skroniowej wielokroć żadnych zmian kostnych przy ropniach śluzówki nie dostrzegamy, tam bowiem mniej są niebezpieczne zmiany w jej odżywianiu.

Praktyka, jak często i w innych dziedzinach, i tu wyprzedziła teorję. Choć wprowadzona na podstawie mylnych teoretycznych przesłanek, dała nam tu wprawdzie sucha metoda leczenia wyborne wyniki, sądzę jednak, że dopiero zbadanie przyczyn istotnych danego zjawiska pozwala nam zrozumieć je tak , jak należy, a zatym i stosować daną metodę z lepszym skutkiem.

Analiza drobnych niekiedy zjawisk pozwala nam często zrozumieć nawet bardzo zawiłe i ważne zagadnienia.

Mowa ludzka w wykresach.

Kilka uwag ogólnych w sprawie fizjologji i patologji mowy.

Doniesienie tymczasowe.

podał D-r L. ZAMENHOF.

Streszczenie referatu wygłoszonego na III Zjeździe Oto-laryngologów w Warszawie.

Logopatja i phonopatja należą do tych dziedzin patologji, które dopiero w ostatnim czasie zaczęły zdobywać sobie obywatelstwo w medycynie. Rzecz naturalna, że przygarnęła je przedewszystkiem laryngologja jako dział medycyny najwięcej jej pokrewny. U nas dotychczas specjalność ta spoczywa przeważnie w rękach laików, a laryngolodzy uprawiają ją zaledwie powierzchownie. Ilekroć zwraca się do nas ktoś z objawami phonopatji, zazwyczaj rozpoczynamy i kończymy nasze bada-

nie na kontrolowaniu stanu krtani i, o ile nie stwierdzamy zmian organicznych, bagatelizujemy taki przypadek, odrzucając go do ogólnego lamusa patologji neuro — lub psychastenicznej. Że takie stanowisko z punktu widzenia dzisiejszego stanu nauki o phonopatji nie wytrzymuje krytyki, chyba zbytecznem jest składać na to dowody. Słusznie twierdzi Fein, że laryngolog szukający etjologji tego rodzaju cierpień wyłącznie w krtani przypomina mechanika, który poszukuje przyczyn niedokładnego działania maszyny w jej kołach — czyli w narządzie końcowym, a nie w całym mechanizmie, który koło to puszcza w ruch.

Aby wykryć istotną przyczynę wadliwej emisji głosu, należy bezwzględnie zbadać cały narząd głosotwórczy, który składa się z trzech części: motoru powietrznego, głośni i rezonatorów. Głos, jak wiadomo, powstaje przez wibrację fal powietrznych, które poruszane przez drgające struny drżą unisono w przestrzeni pod — i nadgłośniowej. Zależnie od szybkości drgania strun rozróżniamy dwie postaci głosu — jedną w mowie, drugą w śpiewie. Różnica między temi dwiema odmianami głosu pod względem fizyologicznym jest bardzo duża: w mowie zużytkowujemy zaledwie 4 — 5 nut regestru środkowego, w śpiewie posiłkujemy się klawiaturą dwóch oktaw i to w różnych regestrach.

Już w normalnych warunkach głos w mowie może się zasadniczo różnić od głosu w śpiewie u tej samej osoby. Opowiadają o słynnym śpiewaku Rubini, że głos jego w mowie był tak krzykliwym i ostrym, że nawet raził otoczenie. Castex opowiada o dwóch braciach, których głosy były tak do siebie podobne, że najbliższe otoczenie ich nie rozróżniało, że jeden z nich posiadał bardzo ładny i przyjemny głos w śpiewie, a drugi przeciwnie śpiewem swym przypominał grzechotkę.

Jeżeli już w normalnych warunkach dają się spostrzegać takie różnice w gatunkach głosu, to w przypadkach patologicznych występują one znacznie częściej i jaskrawiej. Zależnie od zawodu spotykamy zaburzenia bądź tylko głosu w mowie, bądź też tylko w śpiewie. Częściej jednak dają się spostrzegać zaburzenia pierwszej kategorji, a to dla tego, że przedewszystkiem mową posługujemy się znacznie częściej, a liczba nut stosowana przy niej jest bardzo ograniczona. W śpiewie, jak już wspom-

niałem, korzystamy ze znacznie szerszej klawiatury. Zresztą śpiew jest aktem dyscyplinowanym, znajdującym się pod ścisłą naszą kontrolą, gdy mowa jest aktem zupełnie dowolnym nie ujętą w żadne zasadnicze ramy, Śpiew wymaga zawsze sztuki, mowa najczęściej jedynie wzmożonej pracy automatycznej or≠ganu oddechowego.

Jak widzimy z tego krótkiego zarysu fizyologicznego przy badaniu dokładnem głosu nie można zadowolnić się tylko bada≠niem krtani lub wysłuchaniem skarg chorego, który zazwyczaj zwraca się do specjalisty dopiero wówczas, kiedy zaburzenie głosu występują już zupełnie wyraźnie. Pod tym względem metodę badania głosu należy porównaż z badaniem słuchu, któ≠rego osłabienie kamerton zdradza wcześniej niż świadomość chorego. Tak samo, jak badamy słuch za pomocą próbowania wrażliwości jego na wszystkie kamertony, tak samo należy ba≠dać i głos przez wypróbowanie wszystkich nut właściwej każ≠demu pacjentowi skali.

To też w nauce śpiewu, gdzie czystość wszystkich tonów jest niezmiernie ważną, metoda wypróbowania całej skali śpie≠waka stosuje się już od bardzo dawna. W próbowaniu głosu w mowie w praktyce zazwyczaj tego systemu nie można zastoso≠wać dla tych względów, że pacjenci nie obeznani ze sztuką śpie≠wu nie są zdolni wydobyć czystych tonów nie przez istotą phonopatję lecz przez niewyszkolenie.

To też w stosunku do głosu w mowie zaleca G u t z m a n n swą próbę uciskową na krtań i spółgłoskowo≠samogłoskową. Próby te jakkolwiek są niezmiernie cenne, w wielu wypadkach nie mogą być zupełnie scisłe, gdyż jak wykazał W e b e r, zmia≠na w sile tonu, aby mogła być uchwycona przez słuch, winna podnieść się lub zniżyć o jedną trzecią swego poprzedniego na≠pięcia, co zaś dotyczy wytrzymałości tonu, to często małe uchy≠lenia nie dają się zupełnie uchwycić za pomocą słuchu. Zresztą na mowę ludzką, jak wiadomo, składają się nie tylko same tony, lecz cały szereg innych czynników, jak: intonacja, rezonans, barwa i t. p. Wiemy przecież, że mowa ludzka przedstawia kilka odmiennych typów; inną jest ona w mówieniu zwykłem, inną w deklamacji, a inną w czytaniu. Te trzy główne typy mo≠wy oparte są na odmiennych podstawach mechanicznych i przy ocenie phonopatji w mowie winny być bezwzględnie brane w ra≠

chubę. Aby zadosyć uczynić tym wymogom zaczęto badać mowę z pomocą wykresów.

Pierwsze próby w tym kierunku uczynił Rousselot z pomocą swego aparatu wykreślającego mowę na ruchomym walcu. Aparat ten później został zmodyfikowany przez amerykanów i anglików i literatura odnośnie wykresów mowy w ostatnim czasie się zbogaciła.

Pomimo to liczne próby czynione w tym kierunku oraz często daleko sięgające wnioski nie mogą być uważane dziś jeszcze jako ostatnie słowo i wymagają bezwzględnie dalszych doświadczeń klinicznych.

Chcąc osobiście wypróbować ten system badania mowy poleciłem skonstruować w Warszawie przyrząd na wzór stosowanych obecnie zagranicą z uwzględnieniem największej czułości jego części składowych. *)

Wyniki, które otrzymałem w zasadniczych zarysach zgadzają się z wynikami innych autorów, różnią się tylko w szczegółach, które wymagają jeszcze dodatkowych badań.

W referacie dzisiejszym, aby zapoznać kolegów z tą metodą badania mowy, zatrzymam się na razie na przestawieniu ich zasad ogólnych.

Najlepiej zilustrują to przykłady.

Następujące wykresy przedstawiają zdanie wypowiedziane przez dwie różne osoby mężczyznę w wieku lat 24 i chłopca 10 letniego. [1])

Przy analizie powyższych wykresów widzimy, że składają się one z dwóch głównych fal jednej wstępującej, drugiej zstępującej. Szczyt wykresów odpowiada zawsze samogłoskom. Fale te powstają na skutek czynności motoru oddechowego, który dla wydobycia tonu musi zużytkować mniejszą lub większą ilość powietrza. Ponieważ samogłoski wymagają do tego celu największej ilości powietrza, punkt odpowiadający im znajduje się na szczycie.

Przypatrując się bliżej powyższym wykresom, musimy zatrzymać się na następujących ich cechach charakterystycznych.

---

*) Aparat ten demonstrowany na Zjeździe skonstruowała firma Warszawska *p. Hipolita Ambera.*

[1]) Wykresy te były demonstrowane na Zjeździe.

Przedewszystkiem zwraca na siebie uwagę ta okoliczność, że nie zawsze szczyty odpowiadające jednakowym dźwiękom znajdują się na jednakowej wysokości. Widzimy, naprzykład, że samogłoska a, która powtarza się na wykresie czterokrotnie, znajduje się na trzech różnych wysokościach. Zależnem to jest od następujących czynników: akcentu, od towarzyszących spółgłosek oraz od miejsca w zdaniu. Akcent wpływa na podniesienie się fali. Spółgłoski dźwięczne, jak *m*, również ją wznoszą, bezdźwięczne, jak *w*, przeciwnie, obniżają. Te same dźwięki, wypowiedziane nawet w jednakowych okolicznościach, zawsze na końcu zdania dają fale niższe niż na początku, gdyż ilość powietrza znajdującego się w motorze oddechowym pod koniec zdania zawsze jest na wyczerpaniu.

Jeżeli zestawimy ze sobą dwa wyżej naszkicowane wykresy, to otrzymujemy wrażenie, że nie są one zupełnie do siebie podobne; w istocie różnią się one tylko długością fal. Na odmianę te wpłynął rejestr. w którym zdanie zostało wypowiedziane. To samo zdanie wypowiedziane w rejestrze górnym, czyli głosem kobiecym lub dziecięcym, jakkolwiek zachowuje zasadniczy stosunek składowy części wykresu, w szczegółach jednak daje typ odmienny, w zależności od motoru powietrznego, który w głosach kobiecych i dziecięcych, jak wiadomo, pracuje z mniejszą siłą niż w rejestrze średnim i dolnym.

Z wyżej przytoczonej ogólnej charakterystyki wykresów mowy można już a priori wyprowadzić pewne wnioski mogące mieć duże znaczenie rozpoznawcze w określeniu etyologji zaburzeń mowy. Jak wiadomo, przeważająca liczba przypadków phonastenij będzie zależną bądź od wadliwej czynności motoru powietrznego, bądź od niedomogi czynnościowej głośni. W jednym przypadku wykres teoretycznie winien wykazać niskie fale głosowe, w drugim, przeciwnie, nadmiernie wysokie na skutek usiłowania aparatu oddechowego wyrównać niedomogę głośniową.

Badania przeprowadzone przezemnie w tym kierunku w większości przypadków potwierdziły te teoretyczne przesłanki. Z doświadczeń mych doszedłem nawet do wniosku, że rozpoznanie zaburzeń mowy za pomocą wykresów dotyczyć może nie tylko phonopatji lecz również i logopatji.

Niezmiernie ciekawie pod tym względem przedstawiają się wykresy z mowy jąkałów. Są one zazwyczaj skomplikowane, często pozornie sprzeczne ze sobą nawet nakreślone w zupełnie jednakowych warunkach. W przeważającej jednak liczbie przypadków udało mi się uchwycić jako charaterystyczną ich cechę — nienormalną czynność motoru powietrznego.

Zdjęcia robione przezemnie w celu określenia wytrzymałości tonu — czynnika niezmiernie ważnego przy rozpoznawaniu phonastenji — dały mi również w wielu wypadkach à priori teoretycznie przypuszczalną falę podnoszącą lub obniżającą swój poziom.

Ogólne wyniki otrzymane przezemnie dadzą się na razie skonkretyzować w następujących wnioskach:

1) Badanie phono — i logopatji z pomocą odnośnych aparatów jest bardzo cenną metodą kliniczną;

2) Nie przesądzając daleko sięgających wniosków niektórych autorów, którzy wypowiadają zdanie, że metodą wykresów można nawet czynić rozpoznanie różniczkowe w wypadkach logopatji ośrodkowej (sclerosis disseminata, paralysis bulbaris, epilepsia i t. p.), uważam, że w przypadkach logopatji obwodowej metoda ta jest niezmiernie ważnym czynnikiem rozpoznawczym;

3) Opierając się na powyższych danych, należy wykresową metodę uważać za bardzo pożądaną w ocenie tych przypadków, których patogeneza nie znajduje oparcia w zmianach organicznych.

Rozcięcie gardzieli podgnykowe.

(Pharyngotomia subhyoidea.)

podał pułk. D-r Med. PĘSKI.

Wybór tego lub innego sposobu operowania raka krtani — częściowe lub całkowite jej usunięcie, laryngofissura, pharyngotomja, zależy w każdym poszczególnym przypadku od lokalizacji nowotworu, od rozległości samego procesu, istnienia gruczołów, przerzutów etc. W przypadkach, gdzie nowotwór obejmuje przeważnie lub wyłącznie nagłośnię, mając na widoku zacho-

wanie po operacji normalnego oddychania i naturalnej mowy, najodpowiedniejszym zabiegiem chirurgicznym, jak się przekonałem na kilku operowanych przezemnie przypadkach — jest podgnykowe rozcięcie gardzieli (pharyngotomia subhyoidea). O tem zabiegu chcę powiedzieć parę słów i pokazać chorego, któremu przed kilku miesiącami dokonałem całkowitego wyłuszczenia nagłośni z powodu raka przez rozcięcie podgnykowe gardzieli. Podgnykowe rozcięcie gardzieli daje nadzwyczajnie obszerny dostęp do jej dolnego i górnego odcinka, daje możność łatwego zorjentowania się co do lokalizacji porażenia, rozległości i dalszego zabiegu. Operacja wykonywa się w uśpieniu eterowem per rectum; ten sposób ogólnej narkozy uważam za najodpowiedniejszy w danym wypadku. Chory leży pochyło z głową silnie zgiętą ku tyłowi. Cięcie poprzeczne wykonywa się wzdłuż brzegu dolnego kości gnykowej od rogu wielkiego do takiegoż rogu po stronie drugiej. Po rozcięciu skóry i tkanki łącznej, odcina się u miejsca przyczepu m. m. sternohyoideus, thyreohyoideus i omohyoideus jak najbliżej do kości gnykowej, aby nie zranić nerwu i tętnicy krtaniowej górnej, które leżą o pół do 1 cm. poniżej kości. Zranienie n. krtaniowego wywołuje znieczulenie strony odnośnej i utrudnia połykanie pokarmów, szczególnie płynnych. Dalej przecinamy wzdłuż kości błonę gnykowo-tarczową i wiązadło językowo-nagłośniowe (lig. glosso-epiglotticum), wchodzimy do gardzieli pomiędzy językiem i nagłośnią. Rozszerzywszy otwór nożyczkami, odciągamy mocno w górę ostrym hakiem kość gnykową, a nagłośnię kocherem ku dołowi — otrzymujemy szeroki dostęp do krtani i z łatwością możemy oglądać wiązadła. W tym momencie musimy prędko zorjentować się, przyjmując pod uwagę następujące okoliczności: 1). Jeżeli mamy porażenie tylko nagłośni — usuwamy ją całkowicie lub częściowo, tamujemy krwawienie i ranę zaszywamy. 2). Jeżeli proces dosięga strun głosowych, możemy do poprzecznego cięcia dodać cięcie pionowe przez środek chrząstki tarczowej (thyrotomję), usunąć części porażone nawet z częścią chrząstki tarczowej, stosując możność połączenia krtani z kością gnykową.

Po ukończeniu zabiegu zszywamy śluzówkę gardzieli, oddzielne szwy na m. m. gnykowo-tarczowy i zszywamy mięśnie z okostną kości gnykowj. Do kątów rany wkładamy sączki, skórne

szwy, głowę unieruchamiamy w pozycji zgiętej ku przodowi. Chorego odżywiamy, za pomocą lewatyw w ciągu 2 — 3 dni, następnie za pomocą sondy żołądkowej, albo pozostawiając ją à demeùre, albo wprowadzając każdorazowo przy karmieniu.

Przypadek, przezemnie operowany zasługuje na uwagę ze względu na: 1) trudności przy rozpoznawaniu; 2) lokalizację — ograniczony guz wyłącznie nagłośni; 3) operację dokonaną w uśpieniu eterowem per rectum; 4) bez poprzedniej tracheotomji; 5) wygojenie per primam; 6) rezultat pooperacyjny — głos czysty, odżywianie — połykanie twardych i płynnych pokarmów — normalne.

Historja choroby. P. P. zgłosił się do mnie z początkiem lutego 1924 r. i podaje, że mniej więcej przed pół rokiem zwrócił uwagę na pewne niedokładności ze strony swego gardła, ujawniające się przeważnie przy połykaniu pokarmów: wyczuwa jakąś przeszkodę i lekki ból i często się ksztusi przeważnie przy połykaniu pokarmów płynnych. Z powodu cierpienia parokrotnie zwracał się do lekarzy: miał pendzlowaną krtań, lecz bez żadnego skutku, a ostatnio czuje pogorszenie. Chory lat 44, wzrostu średniego, budowy prawidłowej, odżywianie mierne; w narządach wewnętrznych niema zmian wybitniejszych. Badanie gardzieli zmian przedmiotowych poważniejszych nic stwierdza. Badanie krtani wykazało zgrubienie nagłośni i jej wypuklenie u podstawy od strony języka. Na tylnej powierzchni bliżej do postawy — guz okrągły wielkości ziarnka grochu, o brzegach gładkich z niewielkim owrzodzeniem w części środkowej. Brzegi nagłośni naogół nie przedstawiają zmian patologicznych. Struny głosowe, — fałszywe i prawdziwe, nalewki — normalne, ruchy strun prawidłowe, głos czysty. Mamy więc do czynienia z procesem obejmującym środkową część nagłośni i przerastającym całą jej grubość. Brak charakterystycznego nacieczenia, zapalenia ochrzęstnej, nieznaczna bolesność przy połykaniu, brak zmian w płucach, i ujemny Wasserman, upoważniały nas do przypuszczenia, że mamy do czynienia z nowotworem. Z okolicy owrzodzenia wycięto kawałek, a badanie drobnowidzowe wykazało — *carcinoma.*

Dnia 21.II. chory zapisał się do szpitala na mój oddział; dnia 22 dokonałem pharyngotomji z wyłuszczeniem całej nagłośni; dnia 23, chory spał dobrze, oddech nie utrudniony, lekka chrypka, stan podgorączkowy; dnia 24 stan ogólny dobry bez zmiany, otrzymał 2 lewatywy odżywcze; 26 opatrunek, zmiana sączków. Przy laryngoskopji widać niewielki nalot w okolicy rany z prawej strony. Przez sondę żołądkową otrzymał litr mleka z 2 żółtkami. 27 karmienie 2 razy dziennie; 6.III pozwolono jeść, połykanie względnie swobodne, kaszel; 10.III połykanie płynnych pokarmów — normalne. Rana zagojona — chory wypisany.

Stan obecny: 4.VI. — chory utył, odżywia się doskonale, połykanie wszelkich pokarmów — normalne, głos czysty, brak wszelkich objawów nawrotu.

STRESZCZENIA.

1) *HALLE. — Ślepota w następstwie zastrzyków $^1/_2\%$ nowokainy do nerwu podoczodołowego.* — (Fol. Oto-laryng. T. 22, Zeszyt 10 — 12).

Halle podaje przypadek oślepnięcia po wstrzyknięciu 2 cm^3 pół proc. nowokainy. Natychmiast wystąpił obrzęk dolnej i górnej powieki, ślepota, źrenica nie oddziaływała na światło. Dokonane zostały głębokie nacięcia górnej i dolnej powiek i okrężne cięcie według Kiljana. Okostna oczodołu oddzielona została na dużej przestrzeni i nacięto ją po obydwu bokach. Założono lekki opatrunek. Już dnia następnego ślepota minęła. Przyczyny ślepoty dopatruje się autor w ucisku obrzękniętych tkanek na nerw wzrokowy. Nacięcia przyczyniły się do zmniejszenia ciśnienia wewnątrzoczodołowego i tym samym do zmniejszenia ucisku na nerw.

Halle podaje 6 przypadków ślepoty po wstrzyknięciu niewielkiej ilości nowokainy do oczodołu, przyczem badanie oczu przez specjalistę żadnych zmian nie wykryło. I w tych przypadkach Halle dopatruje się przyczyny w raptownem wzmożeniu ciśnienia wewnątrzoczodołowego i radzi tą metodę znieczulania stosować tylko w tych przyp. w których operacja wymaga usunięcia części blaszki papierowatej kości sitowej.

2) *ALEKSANDER CEMACH. — Przyczynek do powikłań wewnątrzczaszkowych pochodzenia usznego.*—Mon. f. Ohr. 1924.

Autor opisuje przypadek ostrego zapalenia ucha środkowego powikłany dużym ropniem u pacjenta lat 58. Podczas punkcji dokonanej z powodu ropnia zatoki szczękowej zemdlenie; po obudzeniu się stwierdzono ślepotę, obserwowano ciężkie napady drgawek. Ustąpienie objawów po dwuch dniach. Autor rozpoznaje krwiak podoponowy z naczynia miażdżycowo-zmienionego i łączy go przyczynowo ze stanem zapalnym opony.

3) *GUSTAW BONDY. — Niebezpieczeństwa zwichnięcia strzemiączka przy ropieniu ucha środkowego.*

Zwichnięcie strzemiączka powstaje na skutek urazu podczas operacji lub zabiegu leczniczego na uchu środkowem. Szerokie otwarcie okienka owalnego prowadzi do szybkiego zakażenia błędnika i następnie opon mózgowych. Sprawa zapalna przedostaje się drogą przestrzeni przychłonkowych przez wodociąg ślimakowy do przestrzeni podpajęczynówkowej. W takich wypadkach nie należy zwlekać z operacją błędnika; należy operować przed wygaśnięciem funkcji labiryntu.

4) *BELA FREYSTADTL. — Budapeszt. — Nawykowe krwotoki tchawicze.*

Lekarze nie rozpoznają krwotoków tchawiczych. Uważają je zbyt pochopnie za krwotoki płucne pochodzenia gruźliczego. Krwotoki tchawicze pochodzą z rozszerzonych naczyń żylnych, wzgl. żylaków, błony śluzowej przeważnie w przedniej ścianie górnego odcinka tchawicy. Nawykowemi autor nazywa te krwotoki ze względu na samorzutne i perjodyczne występowanie ich u osób skądinąd zdrowych. Autor przeprowadza analogję między krwotokami tchawiczemi i nosowemi; żylaki tworzą się na tle nieżytu miejscowego błony śluzowej, podległej bezpośredniemu działaniu prądu powietrza; tem tłomaczy się szczególne umiejscowienie żylaków analogicznie do tychże w przegrodzie nosowej. Krwotoki tchawicze występują u ludzi młodych, często gruźlików, wzgl. do gruźlicy skłonnych. Krwotoki trwają lata i powtarzają się co pewien czas (kilka tygodni, miesięcy). Powodem krwotoku bywa przeziębienie, nadmierna praca, parcie na stolec itp. Krwawienie trwa kilka dni, a nawet tygodni, w ciągu których pacjent wykrztusza do kilku decylitrów krwi dziennie. Od nawykowych odgraniczyć należy krwotoki, tchawicze z żył rozszerzonych na tle jakiejkolwiek choroby organicznej ustroju, jak wady serca, sklerozy naczyń lub choroby nerek.

Rozpoznanie nawykowych krwotoków tchawiczych polega na stwierdzeniu krwawiącego naczynia żylnego przy pomocy bronchoskopu i wykluczeniu powyższych chorób ustrojowych. Rokowanie dobre. Leczenie polega na zniszczeniu odnośnego odcinka błony śluzowej wraz z naczyniami skłonnemi do krwawienia przy pomocy kwasu trójchlorooctowego, kwasu chromowego lub kauteryzacji.

5) *EMERYCH STAMBERGER. — O leczniczem działaniu tracheotomji w gruźlicy krtani.* — Mon. f. Ohr. 1924.

Najlepsze wyniki daje tracheotomja lecznicza w przypadkach powierzchownych nacieczeń i owrzodzeń gruźliczych krtani przy dobrym stanie ogólnym i umiejscowionym procesie gruźliczym w płucach. W tym stanie chorzy niechętnie godzą się na zabieg operacyjny. Wypadki gruźlicy krtani, powikłane zwężeniem, nawet małego stopnia, dają bezwzględne wskazanie do operacji. Autor podaje zarzuty przeciwników tracheotomji leczniczej: 1) pogorszenie się stanu patologicznego wskutek utrudnionego wykrztuszania plwociny, 2) zakażenie tracheostomy, 3) niewygody i niebezpieczeństwa długotrwałego noszenia rurki (tracheobronchitis, pneumonia). W odpowiedzi autor zaznacza, że 1) pogarsza się stan jedynie w przypadkach gruźlicy płuc już przed operacją daleko posuniętej. Przeciwnie polepszenie oddy-

chania i oksydacji krwi wpływa dodatnio na stan płuc. Wy⸗krztuszanie bywa w wypadkach głębszego procesu w krtani lep⸗sze niż było przed operacją, 2) tracheostoma nie styka się z chorą krtanią, zaś infekcja z płuc należy do rzadkości; rana tracheoto⸗mijna pokrywa się ziarniną, która nie łatwo ulega zakażeniu, 3) niebezpieczeństwa przy dłuższym noszeniu rurki, jak trache⸗obronchitis i t. d., dadzą się ominąć przy pewnej ostrożności; zresztą choroba zasadnicza jest zbyt groźną, żeby w leczeniu jej nie zgodzić się na pewne ryzyko.

Karbowski.

6) *Dr. FERNANDO PEREZ. Zaraźliwość ozeny.* (Revue de La⸗ryngologie, D'otologie et de Rhinologie, Nr. 21 1924).

Istota ozeny pomimo licznych badań jest dotąd niewyjaśnio⸗ną. Jedni uważają ją jedynie za zbiór objawów, drudzy, wyo⸗drębniają ją jako jednostkę chorobową, nie mogąc jednak okre⸗ślić jej klasyfikacji i uważają ją za chorobę pasorzytniczą, lub chorobę z zaburzeniami odżywczymi nerwowymi (tropho neuro⸗ses); łączą ją z gruźlicą lub przymiotem; wreszcie inni, jak Z a u⸗f a l, uznawali podłoże morfologiczne. Naogół uważano ozenę jako chorobę o określonym podkładzie anatomo⸗klinicznym, któ⸗rą charakteryzują: przykra woń, strupy i zanik dolnej muszli no⸗sa. Objawy powyższe nie są wszystkiem; są one ostatnim eta⸗pem ewolucji klinicznej, podobnie jak kawerna w gruźlicy płuc⸗nej. Okres wczesny rozwoju ozeny, niestety, wymyka się naj⸗częściej z pod naszej obserwacji. Ozena, jest według autora chorobą zakaźną, której pochodzenie może być dwojakie: od chorego człowieka i od psa. Dowodem przeniesienia choroby od człowieka są obserwacje licznych przypadków ozeny wśród członków danej rodziny, jak to widać z przytoczonej przez auto⸗ra tablicy.

Przypadki ozeny w rodzinach były tłomaczone teorją dzie⸗dziczności. Pojęcie dziedziczności, tak nieokreślone wogóle, — winno być zupełnie odrzucone dla ozeny, tak jak zostało wyklu⸗czone dla gruźlicy. Ozena nie jest wcale chorobą dziedziczną i jest tak jak gruźlica chorobą zaraźliwą. Wymownie o tem świadczą cyfry zarażenia w rodzinie. Autor przytacza historje chorób, skąd wynika, iż zarażenie nastąpiło jedynie przez użycie chusteczki chorego człowieka. Przypadki te są w rażącej sprzecz⸗ności z teorją dziedziczności. Dalej, przytacza autor historję choroby dziecka, które zaczęło chorować od czasu zetknięcia (nawet stosunkowo krótkiego) z mamką, chorą na ozenę. Ordy⸗nujący lekarze dwukrotnie operowali dziecko, leczyli specyficz⸗nie, podejrzewając przymiot. W 5 roku życia autor stwierdził u dziecka i dawnej mamki typową ozenę. Dziecko wkrótce zmarło wśród objawów ogólnego wyniszczenia. Pouczający ten

przypadek dowodzi, iż caccobacillus jest w stanie nietylko wywołać objawy miejscowe, lecz doprowadzić nawet do uwiądu. Drugim źródłem zarazy może być, zdaniem autora, śluzówka pyska psa. Po szeregu drobiazgowych poszukiwań u wszystkich zwierząt domowych udało się autorowi oraz Lignières dowieść, iż cocco-bacillus foetidus ozenae znajduje się wyłącznie na śluzówce nosa chorego psa. Pies więc jest zwierzęciem niebezpiecznym i zdolnym przenosić zarazek. Na dowód przytacza autor 19 własnych spostrzeżeń.

Od roku 1899 autor jest rzecznikiem idei zaraźliwości ozeny, a obecnie — teorji mikrobowej. Jeśli nie wszystkich dotychczas teorja ta przekonała, to wypływało to z błędnego mniemania, iż zarażenie zawsze winno być jawnem. Wiemy jednakże, że i w tym kierunku znane są stopniowania. Nie wszystkie choroby infekcyjne są w równej mierze zaraźliwemi. Są infekcje rzucające się w oczy, dla innych krąg zarazy się zwęża. Obserwujemy to właśnie w gruźlicy, trądzie, twardzieli i ozenie. Zaraźliwość ozeny występuje od strony śluzówek za pomocą lipkiej plwociny, którą zazwyczaj zbieramy w chusteczce. Zarazek przeto znajduje warunki dla swego rozwoju jedynie w życiu familijnym lub w wielce zażyłych stosunkach. Ozena jak i gruźlica jest chorobą wieku dziecięcego, ponieważ dziecko całują, pieszczą, a matka chora na ozenę wyciera nosek dziecku swą chusteczką. Jest to zakażenie, wypływające, rzec można, z „troskliwości". Nie można wyciągać wniosków, iż wiek stwarza sprzyjające warunki. Wiek stwarza „warunki socjalne", które pomagają zakażeniu. Na 93 obserwacje zakażeń w rodzinie — w 47 przypadkach matka była roznosicielką zarazy.

Niektórzy z badaczy, zwolennicy Zaufal'a, twierdzą iż rozszerzenie jam nosa sprzyja zakażeniu. Doświadczenia autora zbijają to twierdzenie. Nos zapadły jest wynikiem, a nie przyczyną choroby. Zrozumiałem jest, iż ozena, poczynając się we wczesnem dzieciństwie, z biegiem czasu wpływa na ukształtowanie się szkieletu nosa, zwłaszcza przegrody nosa i doprowadza do jego zapadnięcia. W przeciwieństwie do teorji Zaufal'a zjawia się ozena przeważnie w wieku gdzie pojemność wewnętrzna nosowa jest najmniejsza. Ta pojemność powiększa się jednak nieproporcjonalnie do wieku pod wpływem choroby. Ozena spotyka się częściej u osób płci żeńskiej i wśród sfer niezamożnych. Jak trudno byłoby pogodzić to ostatnie spostrzeżenie z teorją dziedziczności, rozszerzenia jam nosa i teorją sinusitis. Dlaczego, zapytuje autor, wadliwa budowa, zapalenia zatok lub zaburzenia odżywcze nerwów miałyby być udziałem jedynie biedaków? Objaśnić to łatwo jedynie drogą zakażenia. W rodzinach zamożnych niema tego skupienia, zwraca się uwagę na hygjenę, chorzy sypiają oddzielnie, mają swe chusteczki, jednem

słowem — zarażenie jest utrudnione. Nie zbija teorji mikrobowej i fakt istnienia niekiedy jednostronnego cierpienia, tak jak nikt nie zaprzeczy chyba podłoża infekcyjnego w jednostronnem, wstępującem zapaleniu miedniczek nerkowych lub jednostronnem zapaleniu migdałka. Fakt istnienia zarazka i jego zaraźliwość są głównymi czynnikami etjologicznymi zanikowego nieżytu nosa. Dwa są najważniejsze wskazania zapobiegawcze: a) wystrzegać się obcowania z psami, b) unikać zbyt blizkiego i dłuższego zetknięcia z chorymi. By uniknąć zakażenia: 1) chory winien codziennie gotować chusteczki i bezwzględnie nikomu ich nie pożyczać, 2) chory winien sypiać oddzielnie i wstrzymywać się od pocałunków, 3) zakazać dzieciom obcowania z psami, 4) badać stan nosa u mamek.

W stosunku do ozeny lekarz winien nietylko ją leczyć, lecz być w równej mierze propagatorem hygjeny.

Wnioski: 1) ozena jest chorobą zakaźną, może pochodzić od człowieka i od psa,

2) można jej uniknąć, a obecnie i wyleczyć za pomocą szczepionek. *W. Gumiński.*

7) *Dr. TH. ALBRECHT. Wewnątrznosowe obrażenie zatoki czołowej i kości sitowych.* (Ztschr. für Hals, Nasen, Ohr. 1924. T. 7. Z. 3.

Na wstępie swego artykułu zaznajamia nas autor ze stosunkami anatomicznemi górnej części przestrzeni nosowych, które tworzą wejście do zatoki czołowej. Operację otworzenia wewnątrznosowego zatoki czołowej autor rozpoczyna podśluzową rezekcją przegrody, by w ten sposób rozszerzyć pole operacyjne, nie naruszając muszli środkowej; czasem rezekować trzeba i lamina perpendicularis aż do przedniej powierzchni kości klinowej. Rezekcja przegrody może być uważana za wystarczającą gdy będzie dostatecznie widzialną szpara węchowa i przedni odcinek pokrywy nosa. Rezekowaną chrząstkę a również i kość pozostawia autor w suchem jałowem naczyniu, i potem wkłada z powrotem między śluzówkę; autor przytem widział często przyrośnięcie włożonej kostki.

Idąc za przykładem Halle'go autor poprzedza otwarcie przednich komórek sitowych przez oczyszczenie tylnych i środkowych.

By uniknąć zerwania muszli środkowej i skaleczenia laminae papyracaeae autor, w myśl rady Halle'go, wchodzi wązkim nożem nosowym tuż przy zewnętrznej powierzchni muszli środkowej ku górze i ostrożnie prowadzi go z tyłu naprzód. Należy tu być bardzo ostrożnym, gdyż można spotkać, prawda rzadko, encephalocele, lub wypadnięcie tłuszczyka peribulbarnego. Od skaleczenia laminae cribrosae chronią pionowo ustawione dolna i środkowa muszla.

Dalej, ze ściany zewnętrznej jamy nosowej przed środkową muszlą wykroić należy płat śluzowkowo-okostnowy z podstawą u dołu i odchylić go ku dołowi; tem samem obnaża się kość widocznej części wyrostka czołowego. Przez lekkie uderzenie płaskiem dłutkiem może być środkowa muszla oddzieloną od niego, a przez oddłutowanie wewnętrznego kantu przestrzeni łzowo-sitowej otrzymujemy dostęp do widocznej ad oculos sitowej powierzchni wyrostka górnej szczęki i przestrzeni łzowo-sitowej, którą otwieramy i oczyszczamy. Wtedy mamy możność obejrzenia dachu sitowego aż do jego przejścia w tylną ścianę jamy czołowej. Przednie komórki sitowe są teraz szeroko otwarte przynajmniej do ich nasady u hilus i w obrębie infundibulum. Jama czołowa jest wygodną do sondowania. Wtedy frezą lub dłutkiem nosowem rozszerza się wejście.

8) *Dr. E. LINCK. Powikłanie wewnątrzczaszkowe grypy.* (Ztschr. f. Hals, Nasen, Ohr. 1923. 7 T. 2 Z).

Autor opisuje własny przypadek, w którym na trzeci dzień cierpienia gorączkowego, jak przypuszczano grypy, wystąpiło powolne tętno, bóle głowy i objawy zajęcia zatoki czołowej. Chory z tej przyczyny był operowany, lecz zatoka czołowa i komórki sitowe znaleziono niezmienione. Po operacji wystąpiły objawy posocznicowe, a następnie mózgowe, które zmusiły do otwarcia jamy czaszkowej. Nakłucie przestrzeni podoponowej prawej strony jak również prawej komory wykryło obecność płynu o wyglądzie mlecznym, który po zbadaniu okazał się jałowym.

Po operacji objawy mózgowe ustąpiły, pozostała przez dłuższy czas tylko aphasia motorica, agraphia i alexia; które stopniowo również minęły.

Omawiając spostrzegany przypadek autor przychodzi do wniosku, że było to meningitis serosa, które wystąpiło jako powikłanie grypy.

9) *Dr. HANS ROHDEN. Przyczynek do kwestji o płoniczem zapaleniu wyrostka sutkowego.* (Ztschr. für Hals, Nasen u. Ohr. 1924. 7 T. 2 Z.

Autor opisuje szczegółowo spostrzegany przez siebie przypadek, w którym u 8-mio letniego chłopca wystąpiły przy jednoczesnej anginie burzliwe objawy ze strony obu uszu środkowych i wyrostków sutkowych, co zmusiło do wykonania obustronnie antrotomji. Godnem jest uwagi, iż brat chorego przechodził przedtem płonicę.

W przebiegu pooperacyjnem wystąpiły objawy ze strony nerek oraz lymphadenitis praeauricularis dextra a także myastenia cordis, a 19-ty dzień przy spadku ciepłoty na skórze rąk i nóg zjawiła się typowa wysypka płonicza. Przypadek zakończył się wyzdrowieniem.

Omawiając dany przypadek przychodzi autor od przekonania, iż początkiem płonicy była tu angina, cierpienia zaś uszu, nerek, serca — to następcze objawy płonicy; wysypkę, która wystąpiła w 2 tygodnie po operacji uważa autor za powtórne nasilenie cierpienia.

10) *Dr. E. BLOEDHORN. Guz chłonny płatka ucha.* (Lymphadenosis cutis circumscripta?) (Ztschr. f. Hals, Nasen, Ohr. 1924. 7 T. 2 Z).

Ze względu na rzadkość podobnego cierpienia i na związane z tem trudności rozpoznawcze, autor opisuje spostrzegany przez siebie przypadek, gdzie u 15-to letniej dziewczynki guz płatka ucha wielkości orzecha włoskiego, mięki, niebolesny, gładki, niebiesko-różowo zabarwiony i bez ostrych granic przechodzący w tkankę zdrową rozpoznany był przy braku jakichkolwiek objawów ze strony ustroju jako guz gruźliczy.

Badanie jednak histologiczne guza po jego usunięciu wykazało, iż jest to gruczoł chłonny obwodowy, jakie zwykle spotykamy w drogach pokarmowych lub oddechowych.

Opis podobnego cierpienia znalazł autor w literaturze dermatologicznej u G. Arndt'a.

11) *Dr. PAUL MOSES. O guzach płatka ucha pochodzenia białaczkowego.* (Ztschr. f. Hals, Nasen, Ohr. 1924. 7 T. 2 Z.).

Autor szczegółowo opisuje spostrzegany przez siebie przypadek guzów obu płatków usznych, istniejących u pacjenta przez dłuższy czas; histologiczne badanie guzów wykazało, iż jest to leucaemia cutis circumscripta. We krwi stwierdzono jednocześnie znaczną leukocytozę.

Typowym dla podobnych guzów jest przewlekły wzrost, brak rozpadu, brak bólów. Co do pochodzenia tych guzów, to jedni uważają je za twory pochodzenia miejscowego, inni zaś widzą przyczynę ich w wywędrowaniu limphocytów z naczyń krwionośnych. Young podaje teorję parazytarną.

Rozpoznanie bywa trudne, gdyż twory podobne spostrzegane były przy toczniu, kile, zapaleniu nerek (othygroma nephriticum), również po urazie, przy słoniowatości, w końcu i stany zapalne, jak eczema, róża mogą też wpływać na powstanie podobnych guzów.

Miarodajnem przy rozpoznaniu jest wynik badania histologicznego. Leczenie — zasadniczego cierpienia.

12) *DR. W. TONNDORF. Przypadek ostitis fibrosa circumscripta cystica czaszki.* (Ztschr. f. Hals, Nasen, Ohr. 1924. 7 T. 2 Z).

U operowanej przez autora z powodu cierpienia zatoki czołowej chorej znaleziono podczas operacji duże zmiany w kości czołowej, mianowicie zatoka wypełniona była masą przypomina-

jącą surowy kartofel, u dachu zaś kości sitowej znaleziono dość dużą cystę o grubych ścianach, zajmującą część dachu ocznicy pomiędzy oponą twardą a periorbitą. Badanie histologiczne wykazało, iż twór jest ostitis fibrosa circumscripta cystica.

Omawiając przypadek, autor zaznacza, iż cierpienie to spotykane bywa w dwóch formach, pochodzenie zaś jego jest jeszcze niejasne. Można przypuszczać, iż choroby zakaźne, kiła, zaburzenia czynności narządów wydzielania wewnętrznego odgrywają tu rolę. Co do patogenezy tych cyst, to istnieją obecnie dwie teorje: jedni uważają cystę za następstwo urazowych krwawień do szpiku kostnego, drudzy tłomaczą powstanie ich rozmiękczeniem tkanki włóknistej. Ciekawem jest, zdaniem autora, pytanie, czy ostitis fibrosa (v. Roecklinghausen), ostitis deformans (Paget), leonthiasis ossea (Virchow) i różne hyperostozy są cierpieniami samoistnemi, czy odmianami lub okresami jednego.

Przy różnicowaniu pamiętać należy o kile i mięsaku. Leczenie operacyjne.

13) *PROF. S. KOMPANEJETZ. Porażenie nerwu wstecznego po durze osutkowym i powrotnym.* (Ztschr. f. Hals, Nasen, Ohr. 1924. 7 T. 2 Z).

Podczas panującej w Rosji w latach 1918—1922 epidemji duru osutkowego i powrotnego obserwował autor 12 przypadków porażenia nerwu wstecznego — z tego 11 wystąpiło jako powikłanie duru osutkowego, 1 zaś duru powrotnego. Cierpienie to spostrzegał autor przeważnie u mężczyzn w wieku od 22 do 48 lat, w przebiegu duru (przeważnie drugiej połowy choroby), albo w krótkim czasie po durze. Nasilenie cierpienia było w niektórych przypadkach odrazu dość znaczne, grożące życiu, w innych zaś objawy groźne, zmuszające do tracheotomji, występowały po dłuższym czasie. Raz tylko widział autor lekkie objawy przy dwustronnem porażeniu krtani, raz zaś jeden -- tylko jednostronne porażenie. Co się tyczy przebiegu cierpienia, to nawet dłuższa obserwacja nie wykazała zmian w krtani na lepsze.

Z 12 przypadków autora 4 skończyły się zejściem śmiertelnem. U chorych swoich autor ograniczał się tylko do wykonania tracheotomji, uważając, iż inne zabiegi, stosowane przy tem cierpieniu, nie dają lepszych wyników.

Co do przyczyny tego cierpienia, to autor uważa je za następstwo porażenia obwodowego, gdyż przeciw porażeniom bulbarnym przemawia stałe występowanie tylko objawów ze strony nerwów wstecznych.

14) *DR. J. SIMONT. Nowy sposób operacji plastycznej na podniebieniu twardem.* (Ztschr. f. Hals, Nasen, Ohr. 1924. 8 T. 1 Z).

Operację zeszycia szpary podniebienia twardego autor rozpoczyna od typowego cięcia Langenbeck'a Następnie łączy je

za pomocą dodatkowego cięcia łukowatego, idącego równolegle do przedniego brzegu wyrostka zębodołowego. Płat w formie podkowy śluzowkowo-okostnowy odseparowuje ku tyłowi; od powierzchni tego płatu, zwróconej ku kości, zszywa autor otwór, odpowiadający szparze podniebienia, nie przechodząc igłą całej grubości płata, by tym sposobem uniknąć możliwości zakażenia rany od jamy ustnej. W końcu zeszyty płat przyszywa z powrotem na dawne miejsce. Otwory pozostałe po cięciach Langenbeck'a pozostawia otwarte, tamponując je tylko.

Operując tym sposobem unika się przecięcia dużych naczyń (art. palatinae majores), przecięcie zaś małych, jak art. palatinae anter. nie wpływa całkiem ujemnie na odżywianie tkanek.

Dr. T. Wąsowski.

Sprawozdanie z posiedzeń naukowych

Oddziału Warszawskiego Polsk. Tow. Oto-Laryngologów.

Posiedzenie d. 2.X. 1924 r., przewodniczący Lubliner, sekretarz Czarnecki, obecnych 18 kolegów.

Pęski przedstawił 20-kilkoletniego mężczyznę, operowanego przed 2 miesiącami z powodu ropnia mózgu. Obecnie rana na zagojeniu, stan ogólny b. dobry. Tenże przedstawił 40-letniego chorego z trwającem od roku zwężeniem krtani niewiadomego pochodzenia.

Karbowski przedstawił chorego z infiltracyjną postacią gruźlicy w okresie wczesnym. Od kilku tygodni trwają objawy podmiotowe i przedmiotowe, wskazujące na sprawę gruźliczą prawego ucha: osłabienie słuchu, bolesność wyrostka sutkowego, nacieczenie błony bębenkowej. Chory ten był już raz demonstrowany z powodu gruźlicy lewego ucha. Przypadek ten jest ciekawy, ponieważ zmiany w szczycie płuc są minimalne i stan ogólny b. dobry. Tenże przedstawił chorego z naczyniakiem limfatycznym języka (lymphangioma nodosum liguae). Etiologja tego cierpienia jest nieznana.

Pieniążek przedstawił i omówił 4 przypadki ciał obcych przełyku, usuniętych u dzieci, a mianowicie: kawałek szkła ze szyjki butelki, metalowy guzik od płaszcza żołnierskiego i 2 monety 50 groszowe. Ciała obce usunięto w głębokiem, lecz krótkotrwałem uśpieniu przy pomocy oesophagoskopu.

Dyskusja: *Karbowski* uważa, że w przypadkach ropnia mózgu główną rolę w przebiegu odgrywa to, czy ropień powstał drogą zakrzepu w żyle, czy też per continuitatem. W tych ostatnich przebieg jest łagodniejszy i gojenie szybsze. *Lubliner* uważa tak szybkie zagojenie za rzadkie i przypuszcza, że w danym przypadku ropień mózgowy utworzył się z ropnia podoponowego, drążącego wgłąb tkanki mózgowej. *Dobrowolski* spostrzegał przypadek ropnia

mózgowego w przebiegu przewlekłej sprawy w uchu, przyczem całkowite zago-jenie nastąpiło w ciągu 2 miesięcy. W dyskusji nad 2-im przypadkiem *Pęskie-go* Dobrowolski uważa, że wobec zmian w nosie oraz wyglądu krtani przypa-dek ten można uważać za twardziel. *Sokolowski* również uważa tą sprawę za twardziel, a dla upewnienia się radzi przeprowadzić badanie bakterjologiczne.

Dyskusja nad I przypadkiem *Karbowskiego: Guranowski* niedawno spo-strzegał podobny przypadek z dużą infiltracją błony bębenkowej, słuch jednak był znacznie przytępiony. *Guranowski* rozpoznał u tej chorej gruźlicę ucha środkowego, ponieważ miała ona gruźlicę w szczycie płuc po stronie chorego ucha.

W dyskusji nad II przypadkiem *Karbowskiego Lubliner* przypomina, że przed 30 laty śp. *Wł. Wróblewski* napisał pracę o przerostach migdałka języko-wego i są tam odnośne przypadki odnotowane. *Lubliner* opisał również przy-padek „lymphangioma linguae".

W dyskusji nad przypadkami *Pieniążka: Karbowski* jest zdania, że obecnie obce ciała z przełyku można usuwać jedynie pod kontrolą oka, wyjątek można-by dopuścić jedynie dla monet i to niedawno połkniętych, które można usu-wać z pomocą koszyczka Gräfego. *Dobrowolski* uważa, że monety można usuwać przy pomocy koszyczka Gräfego, zwłaszcza że do tego nie potrzeba stosować usypiania, co jest rzeczą ważną. *Sinołęcki* jest przeciwny stosowaniu koszyczka Gräfego, uważając go za narzędzie niebezpieczne. *Lubliner* wi-dział dużo smutnych wyników stosowania sondy i koszyczka Gräfego, mię-dzy innymi 2 śmiertelne przypadki z powodu mediastinit'u po nieudałych pró-bach usuwania ciał obcych na ślepo. W Nowym Jorku istnieje specjalny szpital dla chorych z ciałami obcymi w przełyku i drogach oddechowych. *Chorążycki* również wypowiada się stanowczo przeciw działaniu „na ślepo". Na dowód przytacza swój przypadek, w którym zastosował koszyczek Gräfego. Przy pociąganiu koszyczek się oderwał i wydostał się z kałem. Ciało obce usunięto przez oesophagotomię. *Guranowski* przedstawił sprawozdanie z wydawnictwa 2-o zeszytu „Przeglądu Oto-Lar." i zaproponował uchwalenie 5 zł. składki ce-lem możności wydania 3 i 4 zeszytu. Po dłuższej dyskusji propozycję przy-jęto jednogłośnie.

Posiedzenie d. 30.X. 1924 r., przewodniczący Pieniążek, se-kretarz Czarnecki, obecnych 19 kolegów.

Kmita przedstawił chorego po wyleczeniu operacyjnem wilka nosa. Cho-ry przed kilku laty przechodził obustronną gruźlicę ucha środkowego. Obecnie sprawa ta wygasła: obie błony bębenkowe zmętniałe, wciągnięte, nieruchome; słuch b. osłabiony. Tenże chory przed 7 laty był operowany z powodu przeto-ki woreczka łzowego; przetokę oczyszczono, część woreczka wycięto i wpusz-czono do otworu, wydłutowanego do jamy nosowej. Odtąd stan dobry. Przy operacji Kmita stara się oszczędzać mechanizm ssący woreczka, dzięki czemu otrzymuje dobre wyniki.

Dyskusja: *Karbowski* uważa, że wobec rozległych zmian w nosie należy i przetokę uważać za gruźliczą, a rezultat leczenia za znakomity.

Sokołowski podkreśla znaczenie samowyleczenia w podobnych sprawach i nie uważa otrzymanego wyniku za bezwzględnie zależnego od leczenia. *Cho-*

rążycki stwierdza, że *Kmita* w danym pzypadku wykonał operację Totti'ego z b. dobrym wynikiem. Osobiście *Chorążycki* stawia wyżej metodę Westa, uważając ją za pewniejszą i bardziej prostą. *Kmita* w odpowiedzi zaznacza, że wobec znakomitego wyniku operacji nie przypuszcza, żeby przetoka mogła być pochodzenia gruźliczego. Operację na woreczku łzowym *Kmita* wykonywa zasadniczo przez nos, w danym przypadku postąpił inaczej ze względu na istniejące warunki.

Szumlański przedstawił kamień, wielkości orzecha tureckiego, który usunął z ponad migdałka podniebiennego u kobiety, której już parokrotnie usuwano kamienie z tej przestrzeni. W dyskusji *Lubliner* zaznacza, że kamień, wydobyty przez *Szumlańskiego*, należy do unikatów zarówno co do wielkości, jak i miejsca. *Chorążycki* uważa, że kamień znajdował się w fossa supratonsillaris czyli w recessus palatinus. Fossa supratonsillaris jest częścią składową migdałka, wydobyty więc kamień należy uważać za zwykły kamień migdałkowy, który się tworzył w tkance migdałkowej, przylegającej do fossa supratonsillaris.

Przewodniczący *Pieniążek* zawiadomił o jubileuszu D=ra Seweryna Sterlinga z Łodzi. Uchwalono złożyć odpowiedni adres od oddziału Warszawskiego Tow. oraz uproszono Pieniążka o reprezentowanie Tow. na uroczystościach jubileuszowych.

Posiedzenie d. 27. XI. 1924 r. przewodniczący Lubliner, sekretarz Czarnecki, obecnych 21 kolegów.

Szware wygłosił odczyt p. t. „ucho a barwy". W referacie tym Szware omawia synestezje, towarzyszące podrażnieniom n. ślimakowego i przedsionkowego. Pod synestezjami rozumiemy zjawisko, polegające na tem, że wrażeniom głównym, wywołanym przez odpowiedni bodziec fizyczny, towarzyszą wrażenia poboczne, należące do zupełnie innej dziedziny zmysłowej. Do tej grupy zjawisk należą fotyzmy lub synopsje, polegające na tem, że wrażeniom, wywołanym przez dźwięki, towarzyszą barwy lub figury geometryczne, t. zw. auditio colorata. Prelegent omawia szczegółowo tę sprawę i przytacza teorje, które starają się ją wytłumaczyć. Synestezje, towarzyszące podrażnieniom n. ślimakowego, spotykamy w warunkach fizjologicznych, gdy zaś przejdziemy do n. przedsionkowego, to spotykane tutaj objawy należą do dziedziny patologji. U chorych, dotkniętych cierpieniem błędnika barwy czerwona i zielona (głównie) mogą wywoływać zaburzenia równowagi. Objawy te prelegent nazwałby chromatyczno=przedsionkowemi. Synestezje barwne mogą symulować „ślepotę na barwy", na co dotychczas nie zwracano uwagi. Objawy chromatyczno=przedsionkowe u lotników i kolejarzy mogą być przyczyną wielu katastrof.

Dyskusja: *Karbowski* jest zdania, że auditio colorata ma dla otologów znaczenie tylko teoretyczne, natomiast wpływ narzędów przedsionkowych na wzrok ma ważne znaczenie kliniczne. W pracy swej p. t. „Neuropathia acustica" Karbowski omawianej sprawie poświęcił wiele miejsca i znajduje się w niej wytłumaczenie fizjologiczne dla wielu zaburzeń wzrokowych. *Hellin* zaznacza, że synestezją barw i dźwięków zajmowano się już dawno, między innymi już przed 100 laty zwracał na to uwagę słynny chemik francuski Chevreuil. Synestezje te spotykamy u ludzi o budowie anormalnej. Hellin miał pacjenta,

który mu pokazywał cały szereg przyrządów muzycznych, na których były na=malowane różne barwy, które miały odpowiadać pewnym tonom. Hellin, na=turalnie, nie z tych synestezji nie odczuwał. Lubliner uważa za najważniejszy ten fakt, że mogą się zdarzać katastrofy kolejowe zależne od cierpień błędni=kowych służby drogowej. To też na tą sprawę powinna być zwrócona uwaga.

Guranowski przedstawił 4=letniego chłopczyka z brodawczakami na ślu=zówce dolnej wargi, przyczem część ich znajduje się na wewnętrznej powierz=chni wargi. Guranowski zaznacza rzadkość tego umiejscowienia i trudność le=czenia. Zarówno leczenie środkami przyżegającemi, jak i promienie Röntgena wyniku nie dały.

W dyskusji Kmita wypowiada się za leczeniem chirurgicznem. *Pieniążek* uważa wyniki leczenia chirurgicznego za mało zachęcające i, o ile brodawcza=ki nie wywołują zaburzeń, radzi pozostawić je w spokoju.

Karbowski przedstawia chorą z perlakiem ucha środkowego, powikłanym zniszczeniem kanału półkulistego, operowanym przez zewnętrzny przewód słu=chowy. Chora od 4 lat cierpiała na bóle głowy, ropotoku z ucha nie było. W maju r. b. wystąpiły bóle w prawym uchu, zawroty głowy i zataczanie się. Wobec tego, że przebieg kliniczny i obraz otoskopijny przemawiały za perla=kiem małych rozmiarów w uchyłku jamy bębenkowej. Karbowski dokonał ope=racji w znieczuleniu miejscowem przez przewód słuchowy zewnętrzny Po wy=dłutowaniu części górnej ściany perlak usunięto. Chora czuje się obecnie do=brze. Tenże przestawił chorą ze zmianami na błonie bębenkowej o charakte=rze zapalno=wrzodziejącym. Zmiany te częściowo obejmują i przewód zewnę=trzny w części kostnej. Słuch, badany stroikami Bezold=Edelmana wykazuje brak pobudliwości dla 4 najniższych tonów. W płucach są zmiany w szczytach. Przypuszczalne rozpoznanie: myringitis tuberculosa.

Kmita przedstawił 38=letniego chorego ze zmianami w szczytach płuc, któ=ry przed 3 laty zachorował na gruźlicę prawego ucha środkowego. Po roku sprawa przycichła i przez następne 2 lata było dobrze. Przed pół rokiem wy=stąpiło obostrzenie sprawy płucnej, przyczem wystąpiły objawy ze strony błę=dnika. Wygląd błony bębenkowej tenże, co i poprzednio, wyraźny oczopląs w prawo, siła słuchu zbliżona do zera, przewodnictwo kostne zniesione, prawa źrenica rozszerzona; chory skarży się na brak smaku, silny ból głowy i wy=mioty; wyraźne objawy zaburzenia równowagi przy chodzeniu. Przed kilkoma tygodniami już były te same objawy, ale po pewnym czasie prawie ustąpiły. Objawy te Kmita uważa za przeście sprawy gruźliczej na błędnik; rozszerzenie źrenicy tłómaczy drażnieniem drogą refleksyjną jądra nerwu oko=ruchowego (badania Wodaka i Fischera). Wobec niestałości objawów Kmita uważa za mo=żliwe powstawanie ich na tle zaburzeń sfery nerwowej — wegatywnej (prace Wittmacka i Kobraka), zwłaszcza, że chory ma i inne objawy sympatico i pa=rasympaticotomii (poty, bradycardia, zaparcie stolca, dermographia).

W dyskusji *Karbowski* uważa przypadek za bardzo ciekawy i wyraża żal, że brak badania neurologicznego. Oczopląs nie jest obwodowego pochodzenia, lecz móżdżkowego, albowiem jest skierowany w stronę chorą, jest b. wyraźny i dotąd się nie wyczerpał. Karbowski przypuszcza tuberculum solitare, niezale=żnie od cierpienia ucha wewnętrznego. Hellin przypuszcza, że zaburzenia ukła=

du wegetacyjnego należałoby wykluczyć, gdyż w tych razach mamy zwykle zmiany obustronne. Oczopląs w stronę chorą nie dowodzi braku zajęcia błędnika. Chorążycki nie uważa za pewne przejście sprawy gruźliczej na błędnik, gdyż w tych razach występuje uprzednio porażenie nerwu twarzowego, czego w danym przypadku nie było i niema. W odpowiedzi Hellinowi Kmita zaznacza, że w spostrzeganych przez siebie przypadkach przy zaburzeniach w sferze wegetatywnej części widywał występowanie objawów błędnikowych po jednej stronie. Toż samo widać i z pracy Kobraka. W odpowiedzi Karbowskiemu — rozpoznanie tuberculum solitare możnaby postawić, gdyby przypuścić istnienie tuberculum solitare, czemu jednak przeczy zmienność objawów. Dalszy przebieg oraz dokładne badanie neurologiczne zapewne sprawę wyjaśnią.

Posiedzenie d. 18 grudnia 1924 r., przewodniczący Lubliner, sekretarz Czarnecki, obecnych 24 kolegów.

Pieniążek zawiadamia o postępie organizacji zjazdu. Na propozycję Guranowskiego uchwalono powołać zastępcę gospodarza sekcji zjazdowej i odpowiednich komisji i upoważniono zarząd do załatwienia tej sprawy. Pieniążek proponuje celem uporządkowania dyskusji zgłaszać demonstracje chorych u sekretarza na tydzień przed posiedzeniem, w przeciwnym zaś razie dyskusję przeprowadzać na następnem posiedzeniu. Tytułem próby propozycję tę przyjęto.

Dobrowolski przedstawił 64-letniego chorego, który od 3 i pół lat znajduje się pod jego opieką. W 1921 roku chory zgłosił się z guzem na twardem podniebieniu. Badanie drobnowidzowe wykazało raka. Wykonano częściową rezekcję górnej szczęki, poczem przez 3 lata chory czuł się dobrze. Od 3 — 4 miesięcy na miejscu dawnego guza zaczął szybko rosnąć nowy, przyczem wystąpiła szybko postępująca cachexia. Wobec tego zastosowano leczenie radem. Po 5 tygodniach leczenia stan chorego znakomicie się poprawił: guz znacznie się zmniejszył gorączka ustąpiła, chory odzyskał apetyt i czuje się o wiele lepiej. Dalsze leczenie w toku.

Koenigstein przedstawił 58-letniego chorego śpiewaka, który przed pół rokiem zwrócił się do niego z powodu chrypki. Badanie wykazało: przerost struny prawdziwej oraz nierówny twardy guz, wypełniający lewą połowę krtani, guz rozpadający się około petiolus nagłośni. Lewa połowa krtani mniej ruchoma od prawej. U chorego rozpoznano raka krtani i skierowano do szpitala. Gdy sąsiad chorego zmarł wkrótce po operacji wycięcia krtani, chory wypisał się ze szpitala i zwrócił się do Koenigsteina. Dwukrotnie badanie drobnowidzowe wykazało raka, pr. Wassermana ujemna. Pomimo to Koenigstein zastosował energiczne leczenie swoiste, poczem w 6 tygodni krtań oczyściła się, chory odzyskał głos. Obecnie w krtani żadnych zmian stwierdzić nie można, wobec czego przypadek ten należy uznać za przymiot.

Tenże przedstawił 46-letniego mężczyznę, u którego przed miesiącem stwierdził owrzodzenie w hypopharynx z obrzękiem prawej chrząstki nalewkowej i bocznego więzu oraz twardym guzowatym gruczołem na szyi. Chory od 4 tygodni ma trudności przy łykaniu, głos czysty, odczyn Wassermana ujemny. Rozpoznano raka. Chory leczy się promieniami X. Dziś widać duży naciek obu chrząstek nalewkowych. Chory odczuwa neuralgiczne bóle w prawej połowie

twarzy, promieniujące do ucha oraz znieczulanie prawej połowy żuchwy. Leczenie promieniami X. jest w toku, Koenigstein zamierza zastosować leczenie radem.

Tenże przedstawił 70=letniego chorego, u którego na zasadzie badania guza, wyciętego z prawej struny głosowej, rozpoznano raka. Po zastosowaniu leczenia antiluetycznego chory wyzdrowiał. Dziś widać zgrubienie struny i pewne wklęśnięcie tejże.

W dyskusji *Reznikow* uważa, że w przypadku II Koenigsteina należałoby jeszcze powstrzymać się z oceną leczenia. Idzie o to, że przy naświetlaniu chorego stosuje system małych dawek. Powierzchnię szyi dzieli na 14 pól, przyczem codziennie naświetla jedno pole. Ten sposób daje możność systematycznego krzyżowanego działania promieni X. wciągu 2 tygodni bez przerwy. Cała serja obecnie nie jest zakończona. Zastosowanie radu w połączeniu z promieniami X. należy uznać za b. wskazane.

Srebrny na zasadzie swego doświadczenia sądzi, że w każdym przypadku rozpoznawanego raka krtani należy przed radykalnym zabiegiem zastosować leczenie przeciwluetyczne, chociażby odczyn Wassermana był ujemny i dopiero gdy to leczenie nie da wyniku, wykonać wycięcie krtani.

Kmita zaznacza, że przy leczeniu nowotworów rakowatych promieniami X. dziś wogóle przyjętą jest zasada stosowania małych dawek. Leczenie radem daje w tych razach lepsze wyniki.

Chorążycki zwraca uwagę, że w przypadku II Koenigsteina nowotwór znajduje się w najbliższem sąsiedztwie z migdałkiem, który ma wygląd normalny, co potwierdza zdanie Amersbacha i Schlemmera, że migdałek nie jest gruczołem chłonnym. Chorążycki omawia teorje Fraenkla, Briegera i innych i uważa, że migdałki nie są wcielone do systemu naczyń chłonnych, i nie mogą być uważane za typowe węzły limfatyczne pomimo, że zawierają tkankę adenoidalną i grudki limfatyczne.

Posiedzenie dnia 29 stycznia 1925 r. Przewodniczący Pieniążek, sekretarz Czarnecki, obecnych 22 kolegów.

D. Hellin przedstawił 2 chorych, u których śluzówka twardego podniebienia ma wybitnie biało=szarą barwę i sprawia miejscami wrażenie tkanki zgrubiałej. Zmiany te przypominają najbardziej łuszczycę jamy ustnej (Lenko plakia). W dyskusji *Kmita* uważa ten wygląd podniebienia nie za patologiczny, a wprost za zgrubienie nabłonka, co w tem miejscu spotyka się u dzieci i u niepalących.

Tryjarski przedstawił chorego, lat 25, który od roku cierpi na szmery dźwięczne w obu uszach. Szmery te słychać w odległości kilku ctm. od ucha. Przedmiotowo można stwierdzić objawy przewlekłego nieżytu górnego odcinka dróg oddechowych i obu uszu, głównie lewego.

W dyskusji *Guranowski* zaznacza, że przypadki takie nie należą do rzadkości. G. omawia etiologję szmerów t. zw. objektywnych i uważa za najczęstszą przyczynę skurcz m. tensoris tympani wraz z jednoczesnym skurczem m. tensoris veli palatini. Rzadsze są szmery naczyniowe, zależne od rozszerzenia naczyń krwionośnych (aneurysma art. mastoideae) lub innych naczyń w okolicy

ucha. W kilku przypadkach udało się G. usunąć szmery za pomocą przedmuchiwań i świeczek.

Meyerson przypomina, że w wydanej (wspólnie z *Goldflamem)* w 1893 r. pracy p. t. „O przedmiotowych szmerach w uchu i głowie" opisał zarówno mięśniowe szmery, poddając je analizie co do etiologji.

Srebrny przedstawił kobietę 40-paroletnią ,która przed 2 laty przechodziła tyfus. Przed rokiem miała kłucie w prawem uchu, które następnego dnia minęło; w 2 miesiące potem miała znów kłucie w temże uchu, poczem w parę dni zauważyła, że podczas jedzenia wydziela się z ucha przezroczysty płyn, czasami w obfitej ilości. Chemiczne badanie płynu wykazało, że jest to ślina. Przy badaniu ucha podczas jedzenia widać, że pierwsza kropla płynu ukazuje się w górnej części przedniej ściany przewodu w miejscu, gdzie przewód chrzęstny przechodzi w kostny. Otworu przetoki nie widać. Miejsce, gdzie ukazuje się pierwsza kropla płynu *Srebrny* ma zamiar przypalać lapisem, natopionym na zgłębnik.

W dyskusji *Czarnecki* uważa, że przyczyną powstania przetoki ślinowej jest tyfus, jaki chora przebyła przed 2 laty. Zapalenie ślinianek przyusznych w przebiegu tyfusu jest sprawą dość częstą, dzięki zaś budowie anatomicznej ślinianki wytwarza się zawsze szereg oddzielnych ropni, oddzielonych od siebie twardą powięzią (fascia parotideo masseterica). W danym przypadku powstał, widocznie, niewielki ropień o charakterze przewlekłym, który dopiero po dłuższym czasie zaczął sobie torować dorgę nazewnątrz i, jak zwykle w tych razach bywa, otworzył się na przedniej ścianie na granicy chrzęstnego i kostnego przewodów. Tak dzieje się często, rzadkością jest wytworzenie się przetoki ślinowej. Widocznie, ropa, szukając wyjścia przeżarła po drodze większy przewód ślinowy. Wobec znacznej ilości wydzielającej się śliny i niewidocznego otworu przetoki Cz. jest żdania, że przyżeganie lapisem pozostanie bez wyniku i za jedyne racjonalne leczenie w tym wypadku należy uznać rezekcję nerwu. *Guranowski* zaznacza, że przypadek ten należy do rzadkości. W literaturze G. znalazł zaledwie jeden przypadek, opisany przez *Bolla* i przedstawiony przezeń na zjeździe w Haadze. Dotyczył także kobiety, u której, przy zupełnym braku jakichkolwiek zmian w uchu, wydziella się ślina z przewodu usznego, głównie przy jedzeniu.

Tryjarski wspomina o spostrzeganym przez siebie przypadku, w którym podczas ataku nerwowego wylało się z ucha około 100.0 brunatnego mętnego płynu.

Składkę członkowską uchwalono na rok 1925 w wysokości 20 zł. półrocznie.

Przewodniczący *Pieniążek* wygłosił wspomnienie, poświęcone pamięci prof. Nowotnego, przyczem pamięć zmarłego uczczono przez powstanie. *Czarnecki* pokazał lampę czołową Wolffa do zabiegów operacyjnych oraz pharyngoskop Wolffa wraz z przyrządami do badania nosa i ucha.

Posiedzenie dnia 26 lutego 1925 r. Przewodniczący Lubliner, sekreatrz Czarnecki, obecnych 28 kolegów.

Brzosko przedstawił 25-letniego mężczyznę, który przed 4 i pół laty strzelił do siebie w głowę z rewolweru Nagana. Roentgen wykazał obecność

kuli w przednich komórkach sitowych. Początkowo próbowano wyjąć kulę przez nos po usunięciu środkowej muszli, ale to się nie udało, wobec czego zrobiono operację zewnątrznosową i „wybito“ kulę do nosa. Rana zagojona, chory zdrów.

Oppenheim przedstawił 34-letniego mężczyznę, który w sierpniu 1924 r. zauważył guziczek około jedynego zęba (jednego z molaris) w lewej górnej szczęce. W grudniu poczuł ból i zaczął się leczyć. Pomimo ujemnego odczynu Wassermana, przeprowadził (bez wyniku) kompletną kurację specyficzną. Ząb wypadł, owrzodzenie znacznie się rozszerzyło. Oppenheim widział chorego po raz pierwszy w lutym r. b. i wtedy stwierdził: powierzchowne owrzodzenie całego wyrostka zębowego, gdzieniegdzie rozlane granulacje; lewostronne nacieczenie miękiego podniebienia, pokryte cienką warstwą białawą. Badanie drobnowidzowe guziczków wykazało gruźlicę; w śluzie i nacieczeniu podniebienia znaleziono laseczniki Kocha.

Hellin przedstawił 12-letnią dziewczynkę z cierpieniem Basedowa: wole, przyspieszenie tętna, objaw Moebiusa (w lewem oku); objaw Stöckera i nystagmus convergentiae (drżenie gałek ocznych przy zbieżności) — objaw dotąd nie opisany, a spostrzegany przez Hellina w szeregu przypadków, jako charakterystyczny. Na objaw ten H. zwraca uwagę kolegów.

Ten-że przedstawił chorego, u którego po operacji urazowego skrzywienia przegrody nosowej część usuniętej chrząstki przeszczepił pod skórę grzbietu nosa celem wyrównania nosa zapadłego — nos ma obecnie wygląd prawidłowy.

Ten-że przedstawił preparat mikroskopowy guzika, wyciętego z krtani. W przypadku tym na zasadzie komórek olbrzymich rozpoznano gruźlicę *(Dunin-Karwicka).*

W dyskusji *Karbowski i Tryjarski* zaznaczyli, że przedstawione preparaty nie przemawiają bezwzględnie za gruźlicą, gdyż komórki olbrzymie spotykamy i przy kile. *Karbowski* wygłosił odczyt p. t. „Z problematów aktualnych otologji“. (Odczyt ten będzie drukowany w jednym z tygodników lekarskich). W dyskusji zabierali głos *Czarnecki i Lubliner. Czarnecki* pokazał przyrząd D-ra Jubé do przelewania krwi. Aparat ten jest bardzo prosty i pozwala przelewać krew bezpośrednio z żyły dającego do żyły odbiorcy bez obawy o koagulację. W ten sposób można przelewać w ściśle oznaczonej ilości czystą krew (bez żadnych dodatków), co jest rzeczą b. ważną, zwłaszcza przy ropnicy, w której można stosować jedynie czystą krew. Dzięki temu przyrządowi sprawę przelewania czystej krwi można uważać za rozwiązaną i dostępną dla lekarzy-praktyków.

Posiedzenie dnia 26 marca 1925 r. Przewodniczący Pieniążek, sekretarz Czarnecki, obecnych 24 kolegów.

Hellin przedstawił chorego z rozległą i wyraźną gruźlicą krtani. Preparaty drobnowidzowe były przedstawione na poprzedniem posiedzeniu i nie były uznane za bezwzględnie pewne co do gruźlicy. Obecny wygląd krtani nie pozostawia żadnych wątpliwości rozpoznawczych. W dyskusji *Lubliner* uważa, że w danym przypadku należałoby zastosować leczenie chirurgiczne z następ-

czemi przyżeganiami. *Tryjarski* i *Brzosko* podkreślają dobre wyniki, otrzymy= wane przy stosowaniu promieni Rontgena. *Hellin* w odpowiedzi *Lublinerowi* zaznacza, że przy braniu materjału do badania drobnowidzowego wszystko wi= docznie chore z krtani usunięto, poczem po upływie 6 tygodni sprawa przed= stawia się tak, jak obecnie, jest więc zdania, że leczenie chirurgiczne nie dopro= wadzi do celu.

Kmita przedstawił chorą z ozeną, u której ma zamiar zastosować lecze= nie operacyjne. Chora po dokonaniu operacji będzie w przyszłości przedsta= wiona na posiedzeniu Towarzystwa. *Tryjarski* przedstawił chorą lat 20, u któ= rej w ciągu ostatniego roku wielokrotnie zmuszony był stosować przypalania w nosie z powodu krwawienia, głównie z muszli. Leczenie ogólne pozostaje bez wyniku, co 2—3 tygodnie krwawienie powtarza się. Co wobec tego należy czynić? W dyskusji *Meyerson* radzi stosować przyżeganie kwasem chromo= wym, co jest i pewniejsze od kauteryzacji i nie daje głębokich blizn. *Karbow= ski* zapytuje, czy była robiona dokładna analiza krwi. *Pęski* radzi zwrócić uwa= gę, czy nie zachodzi symulacja. *Pieniążek* zaleca przeprowadzić dokładnie ba= danie narządów krążenia oraz omawia praktyczne znaczenie nowszych poglą= dów w tej sprawie, które przekreślają istniejące dotychczas zapatrywania, np. stosowanie żelatyny przy haemophilii. *Pieniążek* informuje o postępie organi= zacji zjazdu oraz zaznacza, że w przeddzień otwarcia zjazdu odbędzie się po= siedzenie w sprawie twardzieli, zwołane przez Gen. Dyr. Służby Zdrowia. Ten= że omawia sprawę zmiany Statutu Towarzystwa. Uchwalono upoważnić za= rząd do opracowania odpowiedniego wniosku i przedstawienia go na walnem zebraniu.

J. Czarnecki.

Wiadomości bieżące.

PROGRAM

Walnego Zgromadzenia Polskiego Towarzystwa Otolaryngolo= gicznego, mającego się odbyć w sobotę d. 11 lipca 1925 roku o godz. 7 i pół wieczorem w lokalu przy ul. Zgoda Nr. 8.

(Zakład Leczniczy D=ra J. Czarneckiego).

1) Zagajenie przez wice=prezesa Towarzystwa i wybór prze= wodniczącego, sekretarza oraz asesorów Walnego Zgroma= dzenia.
2) Sprawozdanie sekretarza, skarbnika i komisji rewizyjnej.
3) Sprawozdanie z oddziałów Towarzystwa.
4) Sprawozdanie redaktora Polskiego Przeglądu Oto=Laryngo= logicznego. Sprawozdanie wydawcy tegoż Przeglądu.
5) Wnioski w sprawie organizacji wydawnictwa.
6) Organizacja biblioteki Towarzystwa.

7) Projekt budżetu na rok 1925/26. Zatwierdzenie wysokości składki członkowskiej. Finansowy udział oddziałów Towarzystwa.
8) Wybory nowych członków Towarzystwa.
9) Wybory członków zarządu i komisji rewizyjnej. Wybory redaktora, wydawcy oraz członków komitetu redakcyjnego.
10) Wniosek w sprawie zmian statutu, oraz regulaminu Towa=
11) Organizacja przyszłego Zjazdu Towarzystwa, wybór miejsca oraz tematów programowych i referentów.
12) Wolne wnioski.

Program Sekcji XIX (Oto-ryno-laryngologicznej) XII Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich.

P o n i e d z i a ł e k 13 lipca, godz. 9 — 12:

Dr. Wąsowski (Wilno). Lasecznik Vincenta w klinice Oto-laryngologicznej.

Dr. Kuźniar (Lwów). Geografja gruźlicy górnych dróg oddechowych na podstawie materjałów kliniki lwowskiej.

Dr. M. Krygowska (Lwów). Leczenie gruźlicy krtani promieniami Roentgena na podstawie przypadków kliniki lwowskiej.

Dr. L. Batawia (Częstochowa). Elektrokoagulacja w ryno-laryngologji.

Dr. L. Laskiewicz (Poznań). Najnowsze sposoby leczenia zwężeń krtani, tchawicy i oskrzeli i udział w pracach nad niemi laryngologów polskich.

Godz. 3 — 6.

Dr. Guranowski (Warszawa). Badania uszów, nosa i gardła w szkołach powszechnych.

Dr. A. Dobrzański (Lwów). O zboczeniach mowy u dzieci szkolnych ze stanowiska oto-laryngologji i neurologji.

Dr. E. Zamenhof (Warszawa). O nauczaniu słuchowo upośledzonych dzieci w szkołach. Powyższe odczyty przekazano sekcji 31-ej (hig. szkolnej i wychowania fizyczn.).

Dr. L. Laskiewicz. Histo-patologiczny obraz przewlekłego zapalenia migdałków podniebiennych i gardzielowego w szczególności o zachowaniu się tkanki łącznej w tych postaciach chorobowych, z pokazem preparatów.

Dr. B. Chorążycki (Warszawa). Co to jest angina.

Dr. Z. Dobrowolski (Warszawa). Syfilis krtani.

W t o r e k 14 lipca, godz. 9 — 12:

Prof. T. Zalewski (Lwów). Leczenie pooperacyjne po operacji doszczętnej.

Prof. J. Szmurło (Wilno). Bliższe i dalsze następstwa operacji doszczętnej.

Dr. J. Pieniążek (Warszawa). Wskazania do operacji doszczętnej. Odczyty powyższe łączne z sekcją 18-tą chirurgiczną.

Dr. L. Lubliner (Warszawa). O ropniach mózgu pochodzenia usznego. Odczyt ten, jako programowy łącznie z sekcją chirurgiczną i neurologiczną.

Dr. Wąsowski. Formuła leukocytowa w ropnem zapaleniu ucha środkowego i jego powikłaniach, oraz jej znaczenie rozpoznawcze.

Dr. B. Karbowski (Warszawa). Znaczenie objawu paradoksalnego Gordona, dla rozpoznawania powikłań wewnątrzczaszkowych pochodzenia usznego i nosowego. Odczyty łączne z sekcją neurologiczną.

Godz. 3 — 6:

Dr. Czarnowski (Wilno). O znieczulaniu w oto-laryngologji.

Dr. L. Laskiewicz. O złamaniach i zwichnięciach chrząstek krtaniowych z uwzględnieniem leczenia.

Dr. A. Dobrzański. Stosowanie oesophagoskopji w celach rozpoznawczych i leczniczych, szczególnie w celu wydobywania ciał obcych z przełyku.

Dr. J. Pieniążek. Kilka uwag w sprawie wydobywania ciał obcych z przełyku u dzieci.

Dr. J. Tryjarski (Warszawa). Pokaz kilku okazów rzadszych ciał obcych, wydobytych z górnego odcinka dróg oddechowych. Powyższe odczyty i pokazy również z sekcją chirurgiczną.

Dr. D. Hellin (Warszawa). Rozbieżność objawów błędnikowych.

Dr. J. Spira (Kraków). O zawrotach głowy pochodzenia usznego. Odczyty ostatnie łącznie z sekcją neurologiczną.

Środa 15.VII. Godz. 3 — 6.

Prof. Zalewski. Badania doświadczalne nad zwężeniami dróg oddechowych.

Dr. A. Dobrzański. Badania doświadczalne nad chłonieniem z górnych dróg oddechowych.

Dr. B. Karbowski. O drogach bezpośrednich między przestworem podpajęczynówkowym a uchem wewnętrznym u królika (praca doświadczalna).

Odczyty te łączne z sekcją 14-tą fizjologji i patologji doświadczalnej.

Dr. M. Hertz (Warszawa). Zapalenie zatok nosa i powikłania oczne.

Ostatni odczyt na posiedzeniu łącznie z sekcją okulistyczną.

SPIS RZECZY.

TABLE DES MATIÈRES.